

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Histórias de violência de mulheres vivendo com HIV/Aids: um olhar
para as situações vividas e estratégias adotadas para o seu
enfrentamento**

ALDO BECK JÚNIOR

PORTO ALEGRE

2017

ALDO BECK JÚNIOR

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Histórias de violência de mulheres vivendo com HIV/Aids: um olhar
para as situações vividas e estratégias adotadas para o seu
enfrentamento**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Beck Júnior, Aldo

Histórias de violência de mulheres vivendo com HIV/Aids: um olhar para as situações vividas e estratégias adotadas para o seu enfrentamento / Aldo Beck Júnior. -- 2017.

82 f.

Orientador: Daniel Canavese de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. HIV/Aids. 2. Violência. 3. Mulheres. I. Oliveira, Daniel Canavese de, orient. II. Título.

ALDO BECK JÚNIOR

Histórias de violência de mulheres vivendo com HIV/Aids: um olhar para as situações vividas e estratégias adotadas para o enfrentamento

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

29/08/2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Aline Blaya Martins

PPG Saúde Coletiva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Érica Rosalba Malmann Duarte

PPG Saúde Coletiva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maíra Rossetto

Faculdade de Medicina

Universidade Federal da Fronteira Sul

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos e todas que contribuíram com este processo de formação, especialmente ao meu orientador, pela acolhida desde o início do curso, pela sinceridade expressa em nossos encontros, pelo incentivo, pela delicadeza nas suas colocações e pelos ensinamentos sobre pesquisa. Fazer este curso não foi um processo fácil. Não é tarefa fácil trabalhar 40 horas semanais e estudar. Este mestrado me ensinou muito mais do que os métodos de pesquisa, me ensinou que nem sempre é possível fazer aquilo que se deseja, contudo, não é o produto final em si que faz a história de cada um ser mais bela, e sim os caminhos trilhados e a vontade de participar de todos os processos, é que vão fazer a caminhada valer a pena. Digo isso porque quando entrei neste curso, meu objeto de pesquisa era outro. No entanto, as adversidades da vida e a concepção de um filho (perdido no caminho) me aproximaram deste trabalho. Nesse contexto todas as experiências que vivenciei foram ricas e serviram de aprendizado.

Agradeço imensamente aos colegas de mestrado que trilharam um caminho semelhante e que viraram amigos, conselheiros e companheiros de uma caminhada exaustiva, porém, gratificante. Aos colegas de trabalho pela motivação e paciência nos meus momentos de maior insegurança. Definitivamente foi um período de muitos aprendizados, sobretudo de vida. A minha aproximação com o tema se deu pelo fato de ter na minha família um irmão que sofreu com o HIV, no início dos primeiros casos no Brasil. Período este de falta de entendimento e conhecimento acerca do assunto. Como se não bastasse todo o sofrimento individual e familiar devido aos sintomas da doença, a estigmatização e o preconceito deixaram ainda mais marcas, estando ele inserido nos chamados “grupos de risco”. Apesar de termos evoluído no tratamento da doença, ainda presenciamos situações de despreparo e intolerância, questões estas que por si só deixam cicatrizes e mazelas para o corpo e espírito.

A partir deste tema, espero conseguir mostrar à sociedade o quanto ainda precisamos avançar, não só no que diz respeito ao tratamento e cura mas também à convivência e respeito às pessoas vivendo com HIV/Aids. Juntamente com o HIV, escolhi trabalhar com as mulheres acima de tudo por compreender que estas são a engrenagem mestre de qualquer sociedade. Esta aproximação com o tema da pesquisa vem de encontro com as significativas conversas com a minha amada esposa Luciana, que tanto contribuiu para o meu crescimento no assunto com a sua bagagem de vida e

acadêmica, sem dúvida enriquecendo e trazendo reflexões singulares a este trabalho, tornando-o mais do que apenas um trabalho, mas também a defesa de um projeto de vida, visando a reflexão da sociedade e o olhar atento do setor saúde a respeito do assunto e suas consequências.

Agradeço ao grupo de pesquisa Saúde e Gênero (SAGE) por ceder os dados utilizados neste trabalho. Agradeço à Évelin Maria Brand e Karen da Silva Calvo pelo suporte acadêmico neste trabalho.

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são.”

(Aristóteles)

RESUMO

A violência é um fenômeno complexo, que atinge majoritariamente as mulheres e que precisa ser melhor compreendido, tendo em vista os efeitos deletérios para a saúde e sua invisibilidade na sociedade. A Aids, crescente entre mulheres, apresenta associação com a ocorrência de violência, especialmente pela carga de estigma relacionada à representação social da doença, que pode levar as mulheres à exclusão social e dificultar o enfrentamento da epidemia. Objetivou-se analisar as situações de violência vividas por mulheres com HIV/Aids, bem como as estratégias adotadas por elas para o enfrentamento destas situações. Trata-se de um estudo com metodologia mista, quantitativa e qualitativa. O componente quantitativo é um estudo descritivo de mulheres recrutadas em serviços de assistência especializada (SAE), cuja análise foi realizada no programa SPSS 20 e os resultados são apresentados em frequências. O componente qualitativo incluiu 20 mulheres que relataram situações de violência durante a vida. A técnica adotada nesta etapa foi a entrevista semiestruturada. Foi realizada análise de conteúdo com auxílio do programa Nvivo. Os resultados mostraram um perfil de mulheres com baixa escolaridade, com situações frequentes de violência psicológica, física e sexual durante suas trajetórias de vida. Quanto às situações de violência, as estratégias de enfrentamento envolveram o suporte social, apenas uma acionou a segurança pública sem o efeito desejado. Os serviços de saúde não foram identificados como pontos de suporte para o enfrentamento das situações de violência. Também foi identificada a ocorrência de situações de discriminação social e em serviço de saúde. As mulheres relataram medo da discriminação social e em especial em relação ao trabalho, neste sentido as estratégias de enfrentamento incluíram o silêncio, a não revelação do status sorológico e a criação de problemas de saúde fictícios que justificassem a tomada de medicação e o acompanhamento contínuo em serviços de saúde. Em geral, os serviços foram identificados como locais de discriminação. Foi frequente o relato de situações de violência e discriminação por mulheres vivendo com HIV/Aids. A discriminação ocorreu em contextos sociais (familiares) e em serviços de saúde. A discriminação em serviços de saúde não é um fenômeno restrito à condição sorológica, pois a literatura evidencia que outros grupos também relatam, especialmente àqueles com condições socioeconômicas menos favoráveis, o que vai de encontro com as características destas mulheres. As histórias de violência vividas por mulheres com HIV/Aids ocorrem ao longo de suas trajetórias de vida, que estão imersas num conjunto de situações socioeconômicas que apontam contextos de vulnerabilidade, como já evidenciado pela literatura. Neste sentido, a Aids parece ser apenas mais um desfecho desfavorável que impulsiona novas situações de violência na vida dessas mulheres.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Violência; Violência contra a Mulher; Discriminação; Saúde Pública; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Violence is a complex phenomenon: affecting chiefly women, it deserves more attention, given its harmful effects on health and its invisibility in society. Aids, which tends to grow among women, is associated with violence particularly because of the stigma linked to the social representation of the disease, which can lead women to social exclusion and make it difficult for them to cope with the epidemic. The objective of this work is to analyze violence situations experienced by women with HIV/Aids, as well as the strategies they choose to cope with them. This study uses a mixed, quantitative and qualitative methodology. On the one hand, it contains a descriptive study of women recruited in specialized care services (SAEs), whose analysis was performed in SPSS and whose results are displayed in frequencies. On the other hand, it includes reports of violence situations experienced by 20 women during their lifetimes. The technique adopted in this part was the semistructured interview. Content analysis was performed with the software Nvivo. Results showed a profile distinguished by low schooling and regular psychological, physical and sexual violence suffered during their whole lifetimes. Coping strategies involved social support; however, only one reported having called the police – unsuccessfully. Health care services were not identified as support institutions able to deal with the situations of violence. Social discrimination in health care services was also reported. The women expressed fear of social discrimination, especially at work. Therefore, coping strategies included silence, non-disclosure of serological status and pretending fake health problems that could justify medication and continuous medical care. Generally speaking, health care services were identified as discriminatory spaces. Situations of violence and discrimination were often reported not only because of their serological condition, but also because of their social extraction. Stories of violence experienced by women living with HIV/Aids happen throughout their whole lifetimes, being associated with less fortunate social and economic conditions, as pointed out in the related literature. Aids seems to be just an extra unfavorable condition that triggers new violent episodes in the lives of these women.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Violence; Violence Against Women; Discrimination; Public Health; Qualitative Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Violência contra a mulher	17
3.2 Intersecção violência e HIV/Aids	23
4 CAMINHO METODOLÓGICO	28
4.1 Universo do estudo	29
4.2 Locais de realização do estudo	29
4.3 Trabalho de campo.....	30
4.4 Análise dos dados	31
4.5 Aspéctos éticos	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 Histórias e tipos de violência	41
5.1.1 Violência estrutural e Vulnerabilidade Programática	42
5.1.2 Violência doméstica e vulnerabilidade social	43
5.1.3 Discriminação relacionada ao HIV/Aids	48
5.1.4 Discriminação nos serviços de saúde	54
5.2 Estratégias de enfrentamento	57
5.3 Barreiras e facilitadores nos serviços de saúde	61
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	67
ANEXOS	78
ANEXO1 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADA	78
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
ANEXO 3 – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS .	82

1 INTRODUÇÃO

Violência e acidentes têm se configurado como um novo perfil no quadro de problemas de saúde em todos os níveis de atenção no Brasil e no mundo. Apesar dos indicadores de morbidade e mortalidades relacionados à violência serem cada vez mais expressivos, ainda se desconhece a verdadeira magnitude e gravidade deste problema, principalmente no que diz respeito à sua interface com o setor saúde.

A Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS), classifica a violência de uma forma geral sob a denominação de causas externas. Acidentes e violências estão presentes nesta classificação desde a sua criação e os diversos tipos vêm sendo atualizados e aprimorados a cada nova edição (JORGE; KOIZUMI; TOMO, 2007). No Brasil, é na década de 1980 que o tema da violência é debatido com força no âmbito da saúde. Oficialmente, somente a partir da década de 1990, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) começaram a tratar o tema “violência” e não mais como causas externas. Em 2002, a OMS produziu um relatório mundial, em que o termo “causas externas”, que historicamente era utilizado para categorizar o tema na CID, foi substituído pela expressão “Violência e Saúde” (MINAYO, 2006).

Na metade da década de 90 muitas secretarias municipais juntamente com organizações sociais, organizações não governamentais e demais organizações da sociedade civil, se organizaram para criarem estratégias e ações para lidarem com o tema.

O tema violência foi oficialmente incorporado ao setor saúde, pelo Ministério da Saúde, em 2001 através da Portaria nº 737 GM/MS, de 16/05/2001, nela são abordados os principais problemas enfrentados pelo setor, categorizando os grupos mais vulneráveis, bem como a definição das responsabilidades dos diversos âmbitos da administração pública e das esferas de governo federal, estadual e municipal para estratégias de enfrentamento, monitoramento e prevenção das ocorrências (SOUZA et al., 2009).

No que diz respeito à violência de gênero, tal violência, especialmente a de caráter físico e sexual, emerge como questão importante devido aos padrões culturais de sexualidade nas sociedades e à conseqüente vulnerabilidade das mulheres a tais violências, repercutindo-se em DST e HIV, gravidez indesejada,

aborto, sexo sem proteção, perda fetal e/ou baixo peso ao nascer (PARKER; CARMARGO JR, 2000).

O fenômeno da feminização da epidemia de HIV/AIDS se interliga com o fenômeno da pauperização da epidemia. A população mais pobre tem uma maior vulnerabilidade às infecções pelo HIV/AIDS, e, no caso das mulheres, são especialmente as que têm piores condições financeiras e baixa escolaridade as mais vulneráveis à infecção, em função das desigualdades de gênero (LIMA, SCHRAIBER, 2013; PARKER; CARMARGO JR, 2000).

Há mais de trinta anos foram notificados os primeiros casos de Aids. Doença esta entendida como situação clínica que infere uma progressiva perda da função do sistema imune em decorrência da infecção pelo HIV (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). Desde então, muitos foram os avanços no enfrentamento da epidemia, especialmente no que refere ao diagnóstico e tratamento. Contudo, a elevada incidência de HIV ainda é uma realidade que, para além de revelar a necessidade de intensificar campanhas de prevenção, demonstra retrocessos no controle da epidemia, especialmente em relação às mulheres. Estimativas apontam de 36, 7 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, dos quais 51% são mulheres (UNAIDS, 2016).

O número de casos de Aids entre mulheres aumentou progressivamente nos últimos anos desde os primeiros registros de casos no Brasil (UNAIDS, 2013; 2016). Com o passar dos anos, as mulheres foram acometidas rapidamente, com elevada velocidade de crescimento. Através da razão entre os sexos, observou-se que rapidamente o número de mulheres infectadas aumentava em relação ao número de homens. Este fenômeno foi chamado de feminização da Aids (BRASIL, 2011). No início, esse aumento de número de casos de Aids entre mulheres foi considerado um fenômeno restrito a alguns lugares no globo terrestre, tal como o continente africano e, em seguida, tornou-se uma realidade mundial. O crescimento exponencial da Aids entre a população feminina ganhou destaque na comunidade internacional, principalmente porque a maioria dessas mulheres estão em idade reprodutiva, elemento que outras implicações para a epidemia, especialmente no que tange à reprodução (BRASIL, 2009).

A ocorrência de situações de violência, fenômeno complexo e que atinge todas as mulheres, tem sido estudada na trajetória das mulheres vivendo com HIV/Aids em diferentes formas de expressão e contextos culturais há mais de quatro

décadas (ZAMPIERE, 1996; FERREIRA, FIGUEIREDO, 2006; DE ALMEIDA, LABRONICI, 2007; FEYSSA et al., 2012; RUOTTI et al., 2011; KOETZ, 2014; BASTOS, GARCIA, 2015; CECCON; MENEGHEL, 2015; MONTEIRO et al., 2016; BOUSHAB et al., 2017; LUNZE et al., 2017; VORASANE et al., 2017). Dentre os tipos de violência, destacam-se especialmente as manifestações de estigma e discriminação ligadas à Aids (FEYSSA et al., 2012, BOUSHAB et al., 2017; VORASANE et al., 2017). Assim, além do estigma e da discriminação, observam-se outros tipos de violência aos quais as mulheres estão expostas ao longo das suas trajetórias (DE ALMEIRA; LABRONICI, 2007; FEYSSA et al., 2012; CECCON; MENEGHEL, 2015, VILLELA et al., 2015; MONTEIRO, 2015; MONTEIRO et al., 2016, BOUSHAB et al., 2017). A magnitude e as repercussões da violência, especialmente a violência doméstica, as caracterizam como um problema social, de saúde, de direitos humanos, de justiça social e de segurança pública (WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

Sobre estigma e discriminação, que se constituem como tipos específicos de violência ligados a questão do HIV/Aids, Parker e Aggleton (2001), definem que especialmente o estigma é algo para além de “um atributo que é profundamente depreciativo”, conforme definido pelo clássico estudioso Erving Goffman (1988), pois engloba aspectos históricos relacionados aos indivíduos e grupos que vieram a se tornar socialmente excluídos desde o início da epidemia e, portanto, é algo culturalmente construído, no sentido de desigualdade social. Os autores destacam que o estigma é contextual, histórico, empregado estrategicamente e é algo que reproduz relações e desigualdades sociais. O estigma e a discriminação trazem importantes implicações para a saúde das mulheres, como o atraso no diagnóstico e no acesso ao tratamento, a dificuldade de revelação da condição sorológica e os processos de exclusão social, incluindo as relações familiares (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012; ANDRADE; IRIART, 2015). A contaminação pelo HIV permanece associada a práticas e comportamentos considerados socialmente como “ilegítimos”, como a homossexualidade, o uso de drogas e a prostituição. A representação social da Aids, isto é, a maneira como a sociedade construiu o significado da doença e do doente, desde seu início, tem se perpetuado como uma doença que “denuncia” comportamentos “desviantes” onde o sexo e o uso de drogas estão imbricados com a forma de contaminação (NATIVIDADE; CAMARGO, 2011).

Dialogando com Parker e Aggleton (2001), são estes os indivíduos ou grupos socialmente excluídos que são identificados nas representações sociais da Aids.

A necessidade de combater o estigma e a discriminação é consenso na literatura. Alguns estudos têm procurado propor estratégias e avaliar o impacto de intervenções para a redução do estigma e discriminação. Os resultados mostram, em geral, mudanças positivas com as intervenções na redução do estigma, apesar da qualidade frágil de alguns estudos (SILVA; AYRES, 2009; ZUCHI et al., 2010; ABIA, 2011; ZUCHI; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2013, GROSSMAN; STANGL, 2013). Enfrentar a discriminação às pessoas vivendo com HIV/Aids torna-se primordial. Neste sentido, os serviços de saúde podem ser pontos chave, como espaço de acolhimento (BRASIL, 2008) e não de exclusão, em contraponto ao que algumas pesquisas têm evidenciado (BASTOS; GARCIA, 2015; BAUMGARTEN et al., 2015; MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

Há menção na literatura de que estigma e discriminação em geral incidem de forma mais significativa justamente sobre os grupos que já se encontram numa situação de maior vulnerabilidade, agravando ainda mais esta condição (CARVALHO; PAES, 2011; BAUMGARTEN et al., 2015; VILLELA; MONTEIRO, 2015). Para as mulheres, que podem estar em situação de maior vulnerabilidade, tendo em vista ainda a violência de gênero (KRONBAUER; MENEGHEL, 2005), a ocorrência de situações de violência é marcada pelos contextos de vida que a produzem (MARINHEIRO; VIEIRA; DE SOUZA, 2006, SILVA; AYRES, 2009; MONTEIRO et al., 2016).

Nesta dissertação, a ênfase se dá na violência como problema social e de saúde – incluindo o estigma e discriminação. Nessa perspectiva, trata-se de um fenômeno complexo, multicausal, e que possui variadas conceituações. É frente a estas questões que foi proposta e desenvolvida a presente dissertação, com o objetivo de analisar as situações de violência vivenciadas por mulheres vivendo com HIV/Aids e as estratégias adotadas por elas para o enfrentamento das situações de violência. Os dados que permitiram a realização deste trabalho são oriundos de uma pesquisa de maior abrangência intitulada “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre”, que foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. O projeto de origem foi aprovado em 2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e das instituições

envolvidas, e a execução deste grande estudo foi financiada pelo CNPq, cujos dados foram coletados em 2011.

A dissertação apresenta a revisão da literatura – com a conceituação dos fenômenos estudados, o detalhamento metodológico da pesquisa de maior amplitude que deu origem aos dados utilizados para fins de dissertação, a metodologia utilizada, os resultados e discussão conjuntamente, e as considerações finais, incluindo futuras agendas de pesquisa sobre a temática. Documentos de apoio originais do projeto de pesquisa constam nos anexos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as situações de violência vividas por mulheres com HIV/Aids, bem como as estratégias adotadas por elas para o enfrentamento destas situações.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as concepções das mulheres vivendo com HIV/Aids sobre violência e as situações que elas reconhecem como violência.
- b) Descrever quais estratégias foram adotadas para o enfrentamento das situações de violência.
- c) Identificar barreiras dos serviços no acolhimento das situações de violência, a partir da percepção das mulheres com HIV/Aids.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Violência contra a mulher

Naturalmente, do ponto de vista fisiológico, admite-se que existe diferença sexual entre os corpos feminino e masculino. No entanto, para compreender fenômenos como a violência contra a mulher ou violência de gênero, é preciso entender que as diferenças entre os corpos se constroem muito mais com significados culturais do que fisiológicos (SCOTT, 1995). Estas diferenças culturais representam relações hierárquicas de poder que colocam o feminino numa possível condição de desigualdade de gênero. Portanto, gênero é um conceito cultural vinculado à forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais, atribuindo status diferente a homens e mulheres. Refere-se à construção social de sexo, ou seja, a palavra sexo designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana (SCOTT, 1995).

A desigualdade de gênero se mantém ao longo da história da civilização. Essa desigualdade tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação e em situação de vulnerabilidade. Neste sentido, é importante conceituar o fenômeno da vulnerabilidade em que as mulheres podem estar inseridas. A violência pode atingir a todos, no entanto, enquanto os homens geralmente estão mais suscetíveis a situações de violência em espaços públicos, as mulheres são mais comumente vítimas no ambiente privado ou doméstico, incluindo os relacionamentos afetivo-sexuais. Presente em quase todas as culturas ao redor do mundo, sendo mais pesquisada na cultura ocidental, a violência praticada pelo parceiro íntimo constitui a forma mais endêmica de violência contra a mulher, no entanto, mesmo assim, por ser muitas vezes de natureza social, esta forma de violência não é reconhecida e por tanto não se dá a devida importância ao fato, não é reconhecida como forma de violência, sendo muitas vezes aceita como fenômeno cultural, fazendo parte dos costumes e normas da sociedade que entendem e aceitam a violência exercida contra mulheres como forma de ação disciplinar (MINAYO, 2006).

O conceito de vulnerabilidade se consolidou como um referencial importante para compreender desfechos negativos na saúde dos indivíduos, sobretudo a partir de estudos desenvolvidos no campo do HIV/AIDS por Ayres (AYRES et al., 2003). A

abordagem da vulnerabilidade tem como contribuição fundamental lançar luz sobre a dinâmica dos processos individuais, socioculturais e programáticos conformam a suscetibilidade dos indivíduos a um determinado evento. A desigualdade de gênero é um aspecto sociocultural, que podem colocar a mulher em situação de vulnerabilidade. Desta maneira, a utilização desse referencial favorece o conhecimento interdisciplinar no campo da saúde pública para a análise de diferentes desfechos negativos em saúde (AYRES et al., 2003), como no caso particular da violência (PAULILO; BELLO, 2002; PERES, 2007; RUOTTI; MASSA; PERES, 2011).

Violência de gênero pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa resultar em danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público, ou na vida privada, assim como castigos, pornografia, agressão sexual e incesto (MINAYO, 2006; MENEGHEL; HIRAKATA, 2011; MENEGHEL, 2013). A violência de gênero é uma das formas de manifestação da desigualdade de gênero, sendo resultado de uma desproporção de poder que se traduz em relações de força e dominação. Desse modo, a violência de gênero tem se constituído em um fenômeno social que influencia o modo de viver e adoecer das mulheres.

A violência de gênero desconhece barreiras culturais, classes sociais, níveis socioeconômicos e limitações individuais. Pode ocorrer tanto no espaço privado quanto no público e atinge a todas as faixas etárias traz consigo grave violação aos direitos humanos, sendo capaz de desencadear diversos agravos à saúde e, dentre esses, pode-se citar o medo, a falta de credibilidade no Estado e o silêncio (HAILE-MARIAN; SMITH, 1999).

Do ponto de vista do local de ocorrência, uma situação de violência contra a mulher pode acontecer na rua ou em casa (WHO, 1997). No Brasil, quando a mulher sofre qualquer tipo de agressão na rua, estará amparada, como todo cidadão, pelas leis comuns, devendo procurar imediatamente a delegacia mais próxima. Quando a violência é praticada em casa, no âmbito privado, recebe várias denominações: violência familiar, intrafamiliar, doméstica ou conjugal. A característica desse tipo de violência contra a mulher é que é praticada por familiares ou por pessoas que convivem no mesmo ambiente doméstico, ou ainda pelo marido, companheiro ou companheira. Neste caso a mulher está amparada pela Lei nº 11.340 de sete de agosto de 2006, que ficou conhecida como “Lei Maria da Penha”.

A violência intrafamiliar é entendida como uma ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao desenvolvimento global de outro membro da família. Este tipo de violência pode acometer o indivíduo dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo também outros indivíduos que passam a assumir função parental, mesmo que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra (BRASIL, 2002).

Em relação à violência que ocorre no âmbito privado, neste trabalho denominada violência doméstica, a classificação se faz pelo tipo de violência impetrada, podendo ser física, psicológica ou sexual. O Ministério da Saúde classifica a violência doméstica em:

- a) Violência física: há relação de poder de um indivíduo para o outro, causa ou tenta causar agravo não acidental, utilizando-se de força física ou arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Mais de 40% das ações violentas resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos (BRASIL, 2006).
- b) Violência sexual: toda a ação exercida através do uso da relação de poder que obriga uma pessoa à prática sexual contra a sua vontade. Buvinic e colaboradores (2000) contribuem reforçando que a violência sexual é quando um membro da família, geralmente homem, força outra pessoa da família a submeter-se a atos sexuais contra a sua vontade.
- c) Violência psicológica: ação ou omissão que cause dano ao desenvolvimento, à autoestima e interfira na formação da identidade do indivíduo.
- d) Violência econômica ou financeira: são as ações com o objetivos destrutivos ou omissões do(a) agressor(a) que de alguma forma cause transtornos à saúde emocional e a sobrevivência dos membros da família.

Violência institucional: pode ser entendida como o tipo de violência que é exercida nos/pelos próprios atores públicos, devido à uma ação ou omissão. A má qualidade da oferta dos serviços públicos e a dificuldade no acesso aos mesmos estão inclusos neste conceito. Engloba os abusos de poder decorrentes das relações entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional (BRASIL, 2001).

A literatura nos mostra também o conceito de violência estrutural. Constitui-se como aquela gerada pelas estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de

grupos, classes, nações e indivíduos, que não são privilegiados pelas conquistas da sociedade, contribuindo para uma situação de vulnerabilidade, podendo incorrer mais facilmente em situações que causem sofrimento e morte (MINAYO, 1994).

Em geral, independentemente de ser violência psicológica, física ou sexual, a maioria dos atos de violência contra a mulher ocorrem dentro do domicílio, sendo violência psicológica o tipo mais comum que existe de violência doméstica, inclui ameaças, agressões verbais, insultos e outros fatos que comprometem suas posições pessoais e a tornam vítimas desse tipo de agressão por parceiros que habitualmente torna esta forma como a ideal para resolução de conflitos (MINAYO, 2006). Evidencia-se a violência no âmbito físico assim como em todas aquelas formas nas quais há algum tipo de opressão, impossibilitando ou violando as garantias individuais das pessoas. Sendo assim, observa-se que todas as definições, concordam que a violência é qualquer ato exercido contra a dignidade da mulher, independente da origem da agressão (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

A violência psicológica isoladamente já é responsável por graves problemas emocionais e físicos. Os profissionais atuantes nos serviços públicos sejam eles do setor saúde, segurança ou educação são responsáveis por identificar este tipo de violência, independente da sua imbricação com a violência física. Diversas patologias podem incorrer na pessoa vítima de violência psicológica, tais como dor crônica nas mais diversas regiões do corpo, transtornos decorrentes de agravos de saúde mental, tais como síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio e distúrbios alimentares. Sendo assim, os profissionais do setor público devem encarar a violência psicológica também como um problema de saúde pública, utilizando-se das ferramentas e dispositivos legais existentes para enfrentar esta situação e ajudar o indivíduo nesse momento delicado (SILVA; COLELHO; CAPONI, 2007).

Ribeiro e Coutinho (2011, apud Banco Mundial, 2006), nos mostra que um em cada cinco dias de falta ao trabalho é causado pela violência sofrida pelas mulheres dentro de suas casas; a cada cinco anos, a mulher perde um ano de vida saudável se ela sofre violência doméstica; na América Latina entre 25% a 50% das mulheres sofrem ou sofreram algum tipo de violência doméstica e em 70% dos casos de crimes praticados contra mulher, o marido ou companheiro é o agressor, nos mostrando com isso um problema de caráter intersetorial. Por este motivo, a violência contra a mulher assume um papel de enorme relevância social, adquirindo status de problemas de saúde pública e não acometendo somente a elas, trazendo

sérias consequências para suas famílias, comunidade e sociedade de uma forma geral, produzindo consequências emocionais devastadoras, muitas vezes irreparáveis, e impactos graves sobre a saúde mental sexual e reprodutiva da mulher. Esses impactos podem ser traduzidos também na forma de custos, desde o custo com a saúde até as consequências geradas pelas faltas ao trabalho e a diminuição da produção de uma forma geral.

Na Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, o Ministério da Saúde define que as lesões auto ou hetero infligidas, incluindo a violência doméstica, sexual e outras formas de violências, são passíveis de notificação compulsória pelos profissionais da saúde. A lei 10.778 de 24 de novembro de 2003 normatiza a obrigatoriedade de notificação dos casos de violências identificados pelos profissionais atuantes nos equipamentos de saúde, sendo passível de punição para aqueles que não o fizerem.

A violência física inclui a ocorrência de agressões como socos, tapas, empurrões, queimaduras ou utilização de objetos com o fim de causar algum dano na vítima. Mais de 40% das ações violentas resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos (BRASIL, 2006). Os dados de violência contra mulher variam conforme os países e as regiões mundiais, contudo pode-se afirmar que aproximadamente um terço das mulheres que já se relacionaram intimamente sofreu violência pelo parceiro. Na África, no Mediterrâneo Oriental e no Sudeste da Ásia, regiões com maior incidência de casos, até 37% das mulheres relatam alguma forma de violência física ou sexual por parceiro íntimo ao longo de suas vidas (WHO, 2013). Nas Américas a prevalência é de 30%. Na América Latina e Caribe, as maiores prevalências de violência física e/ou sexual fazem referência à Bolívia, Colômbia e Peru (53,3%, 39,7% e 39,5% respectivamente). Os países com menores prevalências são a República Dominicana com 17%, Haiti com 19,3% e na Jamaica com prevalência de 19,6% (BOTT, 2012). As regiões do Pacífico Ocidental e da União Europeia têm prevalências de 25%. As menores prevalências de violência contra mulher, algo em torno de 23%, são encontradas nos países com maior renda per capita (WHO, 2013).

Um grande número de países têm leis contra a violência doméstica. No entanto, tornar essas leis eficazes é um desafio para a sociedade. Em geral, as leis de amparo às mulheres ainda tem muito que melhorar, enquanto isso os culpados

por tais agressões continuam impunes ou possuem punições brandas. No Brasil, a campanha "Quem ama não mata", que ocorreu na década de 1970, foi um marco histórico na luta contra a violência doméstica. Doca Street, autor do assassinato de Ângela Diniz foi inocentado a partir dos argumentos da "defesa da honra". Esse fato mobilizou a sociedade e evidenciou o movimento de mulheres contra a impunidade e violência de gênero (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011; MENEGHEL et al., 2013).

A real extensão da violência doméstica é ainda difícil de ser averiguada. É importante salientar a falta de preparo dos profissionais da saúde em identificar questões relativas à violência doméstica, sendo esse assunto pouco frequente nas perguntas realizadas durante uma avaliação de saúde. É comum mulheres buscarem auxílio no SUS por diferentes razões, nem sempre demonstrando as reais causas dos agravos e sendo assim, nem sempre os profissionais de saúde identificam a violência doméstica como foco do problema (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013). Além disso, há o fato da predominância da assistência tecnicista, pautada por uma formação profissional fragmentada e biologicista, focada no agravo físico. Há, ainda, a influência das construções das identidades de gênero, impregnadas de arquétipos que designam, para as mulheres, lugares de obediência e submissão (SILVA; VARGENS, 2009). Esses aspectos inter-relacionados na dinâmica da realidade social produzem a invisibilidade do impacto da violência sobre a saúde das mulheres. Contudo, é fato que mulheres vítimas de violência apresentam mais demandas de saúde e com maior frequência buscam atendimentos nos serviços de saúde do que as mulheres que não vivenciaram essas experiências ao longo da vida (WHO, 2013). Duas das formas mais comuns de violência contra a mulher são o abuso e a atividade sexual exercida de maneira forçada, geralmente por parte dos companheiros íntimos. O abuso pelo companheiro íntimo, quase sempre é acompanhado por abuso psicológico, caracterizado por uma atmosfera de medo e terror. Em sua maioria, as mulheres maltratadas por seus companheiros sofrem agressões físicas graves, levando inclusive muitas à morte.

Em Porto Alegre, a Secretaria de Segurança Pública do Estado relata o registro de 5.087 casos de ameaças contra mulheres em 2012 e 4.784 em 2013. Houve 4.122 casos de lesão corporal registrados em 2012 e 4.046 em 2013. Em 2012 foram 186 casos de estupro e em 2013, 159. Femicídio consumado houve o registrado de 8 casos em 2012 e 8 casos em 2013, já o femicídio tentado teve um registro de 36 casos no 2013. O femicídio é um termo de cunho político e legal para

se referir ao tipo de morte decorrente de conflitos de gênero. Esse tipo de crime pode ocorrer em diversas situações, incluindo mortes perpetradas por parceiro íntimo com ou sem violência sexual, crimes seriais, violência sexual seguida de morte, feminicídios associados ou relacionados à morte ou extermínio de outra pessoa (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

3.2 Intersecção violência e HIV/AIDS

A intersecção HIV/AIDS e violência têm na sua base as relações desiguais entre os gêneros, que podem impactar nas diversas formas de vulnerabilidades, que incidem sobre a população feminina, influenciando fortemente no contexto de saúde e qualidade de vida.

Inicialmente a epidemia do HIV/AIDS esteve identificada em grupos específicos, como homens que faziam sexo com homens, hemofílicos, hemotransfundidos e usuários de drogas injetáveis, no entanto, ao longo dos anos, o crescimento foi considerável entre as mulheres, em decorrência da transmissão heterossexual. Desde 1993, essa passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV para o conjunto de casos notificados, superando as categorias "homossexual" e "bissexual" (BRASIL, 2002). Analisando as notificações dos casos de AIDS mostra que, tanto para homens como para mulheres, a epidemia se concentra em adultos jovens, na grande maioria de pessoas brancas e pardas; as mulheres são mais empobrecidas e têm menor escolaridade que os homens, havendo uma sobremortalidade de mulheres negras em relação aos demais segmentos populacionais (UNAIDS, 2013).

Na década de 80, os homens representavam a imensa maioria dos casos, e as taxas de detecção no sexo masculino eram, significativamente, maiores do que no sexo feminino. Desde meados da década de 1980 a 2013, as mulheres representavam 35,1% do total de casos notificados da AIDS, com uma razão de sexos, em 2013, de 1,7; na faixa etária de 15 a 24 anos está proporção sobe a 1,9 (UNAIDS, 2013). Desde meados dos anos 1990, o aumento do número de casos na população feminina tem sido um fenômeno mundial, mas em nenhum outro país foi tão rápido quanto no Brasil (BASTOS, 2001). No início da epidemia, o segmento populacional constituído dos homens que fazem sexo com outros homens — homossexuais e bissexuais — foi o mais atingido. No ano de 1984, 71% dos casos

notificados eram referentes a homossexuais e bissexuais masculinos (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). Foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2015, 519.183 (65,0%) casos de Aids em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres (BRASIL, 2015). Em 1990, a razão de sexo era de 5,4 casos de homens para cada mulher com a doença, já em 2010 essa razão era de 1,7; tal processo é conhecido como feminização da epidemia (BRASIL, 2011). Esse panorama foi mudando ao longo do tempo. Atualmente, embora existam mais indivíduos do sexo masculino notificados no total de casos de AIDS no Brasil, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, maior entre as mulheres do que entre os homens (SANTOS et al., 2009).

Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV no País se revela como uma epidemia de múltiplas dimensões que, no decorrer do tempo, vem sofrendo mudanças significativas em seu perfil epidemiológico. Inicialmente restrita a alguns círculos das metrópoles nacionais — São Paulo e Rio de Janeiro — e marcadamente masculina, que atingia prioritariamente homens com prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, a epidemia encontra-se, hoje, com quadro marcado pelos processos da heterossexualização, da feminização, da interiorização e da pauperização (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). Bastos e Szwarcwald (2000) corroboram com os achados acima quando afirmam que o processo de feminização da epidemia é concomitante ao de pauperização, ou seja, o aumento de casos em mulheres acompanha a expansão da epidemia para grupos sociais mais pobres.

Dos 36,7 milhões de pessoas vivendo com AIDS no mundo, 17,8 milhões são mulheres (UNAIDS, 2016). No Brasil, há aproximadamente 827 mil pessoas vivendo com HIV; dos quais 715 mil (87%) conhecem seu status sorológico, 55% das diagnosticadas estão em tratamento com TARV e sendo acompanhadas nos Serviços de Atenção Especializada (SAE) (BRASIL, 2017).

O Estado do Rio Grande do Sul apresenta o maior coeficiente de mortalidade padronizado para Aids de 2014 segundo as Unidades da Federação (10,6 óbitos para cada 100 mil habitantes), aproximadamente o dobro do coeficiente observado para o Brasil nesse mesmo ano (BRASIL, 2015). Em Porto Alegre a razão de sexo é de 1,5 casos de homens para cada mulher. De acordo com o Plano Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre “a feminização da epidemia de Aids em Porto

Alegre, bem como no Rio Grande do Sul, se mostrou mais precoce comparativamente a outras regiões do Brasil” (PORTO ALEGRE, 2010).

No que se refere ao HIV/AIDS, a vulnerabilidade em que mulheres estão inseridas são consequências das condições socioeconômicas em que vivem, e também das relações e desigualdade de gênero que formam padrões de relacionamento desiguais entre homens e mulheres, trazendo consequências na gestão da vida sexual e reprodutiva, bem como nas dificuldades de acesso às informações e o devido cuidado com a saúde (TEIXEIRA, 2012). No que diz respeito ao ponto de vista biológico, as mulheres são mais susceptíveis à infecção pelo vírus HIV. Tanto a violência, como a infecção pelo HIV são problemas sociais e agravos em saúde ainda carregados de medo, vergonha, preconceito, tabu e estigma.

A violência ou mesmo o medo da violência aumenta a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. O medo de sofrer violência pode, por exemplo, fazer com que a mulher se submeta a relações sexuais desprotegidas (BRASIL, 2006). Devido ao estigma carregado pela infecção, na sociedade brasileira, mulheres que se descobrem com a infecção pelo HIV, precisam lidar com diversos preconceitos. Além da violência pelo parceiro, elas podem sofrer com vários outros tipos de violência, entre elas a discriminação por amigos, por familiares ou ainda nos serviços de saúde, local que deveria estar preparado para o seu acolhimento e promoção da saúde de forma equânime e integral. Nesse sentido, mulheres que vivem com HIV esbarram com a exclusão, agravada pela falta de recursos e direitos. Independentemente de saber se elas mesmas estão vivendo com HIV, essas mulheres geralmente assumem uma carga significativa de cuidados para os outros que estão doentes ou morrendo em consequência de complicações relacionadas à Aids. Um quadro que acaba por reduzir as perspectivas de educação e emprego e aumentar a marginalização social.

Conhecer as situações de violência pode trazer informações cruciais para o enfrentamento deste problema de saúde pública, que podem auxiliar no planejamento de ações dos serviços de saúde.

Recente estudo conduzido na cidade de Cruz Alta- RS, com mulheres vivendo com HIV acompanhadas em serviço especializado identificou elevada prevalência de violência relatada pelas mulheres. O estudo demonstrou que quanto maior o tempo de diagnóstico, maior a prevalência de situações de violência (CECCON; MENEGHEL, 2015). Esse trabalho apresentou delineamento quantitativo, tendo sido

conduzido com somente 161 sujeitos. Cabe ressaltar que um delineamento qualitativo, ajuda a mapear com mais profundidade as situações de violência que estas mulheres podem estar expostas.

Estigma e discriminação se constituem como tipos específicos de violência ligados a questão do HIV/Aids, Parker e Aggleton (2001), definem que especialmente o estigma é algo para além de “um atributo que é profundamente depreciativo”, conforme definido pelo clássico estudioso Erving Goffman (1981), pois engloba aspectos históricos relacionados aos indivíduos e grupos que vieram a se tornar socialmente excluídos desde o início da epidemia e, portanto, é algo culturalmente construído, no sentido de desigualdade social. Os autores destacam que o estigma é contextual, histórico, empregado estrategicamente e é algo que reproduz relações e desigualdades sociais.

A ocorrência de estigma afeta a qualidade de vida de pessoas que vivem com outras doenças (BELDIE et al., 2012), no entanto, o HIV é a doença mais estigmatizada na sociedade (GAUSSET et al., 2012; OUEDRAOGO et al., 2005). Isso ocorre porque a contaminação pelo HIV permanece associada a práticas e comportamentos considerados socialmente como “ilegítimos”, como a homossexualidade, o uso de drogas e a prostituição. A representação social da Aids, isto é, a maneira como a sociedade construiu o significado da doença e do doente, desde seu início, tem se perpetuado como uma doença que “denuncia” comportamentos “desviantes” onde o sexo e o uso de drogas estão imbricados com a forma de contaminação (NATIVIDADE; CAMARGO, 2011). Dialogando com Parker e Aggleton (2001), são estes os indivíduos ou grupos socialmente excluídos que são identificados nas representações sociais da Aids.

A discriminação é uma consequência do estigma, definida como "quando, na ausência de justificativa objetiva, é feita uma distinção contra uma pessoa que resulta em que essa pessoa seja tratada de forma injusta e injusta com base em pertencer ou ser percebida como pertencente a um determinado Grupo" (MAHAJAN et al., 2008). Na África estudos apontam uma prevalência de estigma entre 18 a 40% em pessoas vivendo com HIV/Aids (GAUSSET et al., 2012; QUEDRAOGO et al., 2005). Há na literatura evidência de que as mulheres são mais propensas ao estigma nas relações interpessoais. Na mesma linha, há menção de que as mulheres também são mais propensas ao autoestigma, nos contextos em que se

tornam viúvas e impedem a possibilidade de novos relacionamentos íntimos, pela dificuldade em revelar seu status sorológico (DESCLAUX et al., 2014).

O estigma e a discriminação relacionados ao HIV são comuns em diferentes contextos culturais e se constitui como um desafio de saúde pública. Pessoas vivendo com HIV/Aids tem relatado experiência com atitudes discriminatórias no trabalho, provenientes de operadores de leis, da família, de serviços de saúde e da comunidade em geral (GAUSSET et al., 2012; OUEDRAOGO et al., 2005, LUNZE et al., 2017, UNAIDS, 2013, ARREY, 2016). As atitudes discriminatórias contribuem para a marginalização das pessoas vivendo com HIV/Aids na sociedade, à medida em que as pessoas vão sendo tratadas de forma distinta e vão se sentindo excluídas dos seus espaços de convivência, ou optam pela opção da exclusão, em função de sentimentos como desgaste emocional, vergonha, medo e preconceito (ARREY et al., 2016).

O estigma e a discriminação trazem importantes implicações para a saúde das mulheres, como o atraso no diagnóstico e no acesso ao tratamento, e a dificuldade de revelação da condição sorológica (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012; ANDRADE; IRIART, 2015). Neste sentido, o estigma e a discriminação podem ser determinantes das desigualdades em saúde. Isso é particularmente verdadeiro nos casos de discriminação em serviços de saúde, em que em função do tratamento distinto recebido, geralmente depreciativo, as pessoas vivendo com HIV/Aids podem deixar de frequentar os serviços de saúde. Considerando que frente à infecção HIV, o tratamento precisa ser contínuo, deixar de frequentar um serviço de saúde pode implicar em não adesão a cuidados e tratamento, especialmente a terapia medicamentosa. É justamente para evitar este processo que o Ministério da Saúde trabalha com o acolhimento e criação de vínculo, para romper com as atitudes discriminatórias e melhorar a adesão aos tratamentos (BRASIL, 2008).

Recentemente, encontrou-se associação entre dependência de álcool e elevado grau de estigma (LUZEN et al., 2017), no entanto, a relação entre infecção pelo HIV, uso abusivo de álcool e estigma ainda não está clara e a literatura é limitada. É possível que o uso de álcool possa aumentar a vulnerabilidade ao estigma e à discriminação relacionados ao HIV. Há menção na literatura de que estigma e discriminação em geral incidem de forma mais significativa justamente sobre os grupos que já se encontram numa situação de maior vulnerabilidade,

agravando ainda mais esta condição (CARVALHO; PAES, 2011; BAUMGARTEN et al., 2015; VILLELA; MONTEIRO, 2015).

A necessidade de combater o estigma e a discriminação é consenso na literatura. Alguns estudos têm procurado propor estratégias e avaliar o impacto de intervenções para a redução do estigma e discriminação. Os resultados mostram, em geral, mudanças positivas com as intervenções na redução do estigma, apesar da qualidade frágil de alguns estudos (SILVA; AYRES, 2009; ZUCHI et al., 2010; ABIA, 2011; ZUCHI; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2013, GROSSMAN; STANGL, 2013). Enfrentar a discriminação às pessoas vivendo com HIV/Aids torna-se primordial. Neste sentido, os serviços de saúde podem ser pontos chave, como espaço de acolhimento (BRASIL, 2008) e não de exclusão, em contraponto ao que algumas pesquisas têm evidenciado (BASTOS; GARCIA, 2015; BAUMGARTEN et al., 2015; MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Este projeto é oriundo de uma pesquisa de maior amplitude, intitulada Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/AIDS em Porto Alegre, que foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, com metodologia mista - quantitativa e qualitativa. O primeiro componente a ser desenvolvido foi o quantitativo, que foi delineado como um estudo transversal e composto por dois grupos de mulheres, sendo (1) um grupo formado por usuárias da rede pública de saúde sem diagnóstico conhecido de HIV, e (2) um grupo formado por mulheres vivendo com HIV/Aids que eram atendidas em serviços especializados. O estudo original buscou comparar ambos os grupos acima mencionados, para isso foi calculada uma amostra de 1.230 mulheres, sendo 615 incluídas no grupo de mulheres vivendo com HIV, e 615 mulheres no grupo de mulheres sem HIV. Foram excluídas da amostra as mulheres que não apresentaram capacidade cognitiva/mental para participarem do estudo.

Posteriormente, a partir dos dados quantitativos, organizou-se o componente qualitativo da pesquisa, para investigar em profundidade questões recorrentes entre as mulheres vivendo com HIV/Aids, que foram identificadas no componente quantitativo.

Para esta dissertação de mestrado foram utilizados dados do componente quantitativo referente às mulheres vivendo com HIV/Aids e dados do componente qualitativo, portanto, esta dissertação também se constitui de um estudo com metodologia mista (com a combinação de enfoque quantitativo e qualitativo), em que o componente quantitativo é um estudo descritivo. Tendo em vista que o enfoque quantitativo é utilizado para a mensuração dos fenômenos (SAMPIERI, 2013), foi utilizado para proporcionar a análise objetiva dos fenômenos estudados quanto às frequências e tipos de violência numa amostra de mais de seiscentas mulheres atendidas em serviços de saúde. Como a pesquisa qualitativa baseia-se num processo indutivo, recorrente e que não possui uma sequência linear (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013), utilizou-se o método para contemplar a análise múltipla de realidades subjetivas, pela capacidade de contextualizar os fenômenos estudados, considerando-se ainda a riqueza interpretativa.

4.1 Universo do estudo

No componente quantitativo, o cálculo amostral foi de 615 mulheres em cada grupo, entretanto, por margem de segurança, devido à possibilidade de não resposta no instrumento da pesquisa, os pesquisadores estabeleceram como meta coletar cerca de 10% a mais do número estabelecido no cálculo amostral. As mulheres vivendo com HIV/Aids foram recrutadas em serviços especializados de saúde da rede pública de Porto Alegre, destinados ao acompanhamento de mulheres com HIV/Aids nas especialidades de ginecologia/obstetrícia e/ ou infectologia.

Posterior a esta etapa, procedeu-se a etapa qualitativa do estudo. No componente qualitativo, o universo amostral correspondeu a todas as mulheres que possuíam pelo menos um dos desfechos negativos - aborto ou violência, estabelecido pelos pesquisadores. Estes desfechos foram escolhidos porque foram muitos frequentes nos resultados do componente quantitativo do estudo. Seguindo-se na explanação realizada sobre o enfoque do quantitativo e qualitativo (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013), a partir da ocorrência dos fenômenos, que no caso da violência foi bastante frequente, a coleta de dados qualitativa buscou proporcionar o entendimento maior sobre as situações de violência das mulheres, considerando-se os seus contextos. Para o componente qualitativo, 20 mulheres vivendo com HIV/Aids foram selecionadas para entrevistas em profundidade.

4.2 Locais de realização do estudo

O componente quantitativo do estudo ocorreu nos serviços de saúde da rede pública da cidade de Porto Alegre que prestam assistência às mulheres vivendo com HIV/Aids em ao menos uma das seguintes especialidades: ginecologia/obstetrícia e infectologia. Dessa forma, o trabalho de campo deste estudo ocorreu em sete serviços: SAE (Serviço de Atendimento Especializado) Vila dos Comerciantes; SAE IAPI; Ambulatório Especializado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Hospital Fêmea; Hospital Nossa Senhora da Conceição; Ambulatório de Dermatologia Sanitária; Hospital Sanatório Partenon.

Para o componente qualitativo do estudo as mulheres foram contatadas por telefone, e as entrevistas ocorreram nos domicílios ou nos serviços de saúde, conforme preferência e disponibilidade das mulheres. Buscou-se verificar com cada

participante sua preferência, tendo em vista que o ambiente, ou até mesmo o horário (por exemplo, no domicílio, a presença de outras pessoas) poderia influenciar na disponibilidade de informações.

4.3 Trabalho de campo

Na etapa quantitativa do estudo, o número de participantes selecionadas em cada um dos serviços foi proporcional à quantidade de atendimentos realizados pelo serviço. Foi realizado convite para participar do estudo no momento de comparecimento à consulta, realizando-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e coletando-se o consentimento formal para participação na pesquisa (condução da entrevista). Cada serviço participante do estudo exigiu mudanças no TCLE original (ANEXO 2) que correspondiam a inclusão dos dados de contato do CEP da instituição.

As entrevistas do componente quantitativo foram conduzidas em tablets, em ambiente reservado e adaptado de acordo com as características de cada serviço, com a finalidade de garantir a confidencialidade das informações. Ao final da entrevista do componente quantitativo, era explicado para a usuária do serviço que aquela pesquisa possuía uma segunda etapa em que apenas algumas mulheres seriam convidadas a participar, e que esta etapa implicava numa entrevista que seria realizada no seu domicílio ou no serviço de saúde, em profundidade, e neste momento era questionado e registrado se ela aceitaria participar da segunda etapa do estudo.

Após a condução do trabalho de campo da etapa quantitativa e análises preliminares, foi conduzido o componente qualitativo. As análises preliminares da etapa quantitativa revelavam elevada prevalência de desfechos negativos comuns na vida das mulheres vivendo com HIV/Aids, como situações de violência.

Portanto, para compreender com maior profundidade a ocorrência destes desfechos, foram selecionadas para a etapa qualitativa mulheres que haviam consentido a continuidade de participação na pesquisa e que haviam relatado a ocorrência destes desfechos na etapa quantitativa.

As mulheres foram contatadas por telefone e foi agendado entrevista em domicílio ou no serviço de saúde, conforme data e horário adequado para a participante. As entrevistas em profundidade foram conduzidas por duplas de

pesquisadores da equipe do estudo, sendo um pesquisador para condução da entrevista e outro para operacionalizar a gravação e registrar observações adicionais em diário de campo.

As entrevistas e os diários de campo foram transcritos e digitados em Word. Os dados das entrevistas foram sistematizados no programa Nvivo.

4.4 Análise dos dados

No componente quantitativo, os dados foram sistematizados no programa SPSS, e são descritos por números absolutos e frequências simples.

No componente qualitativo, os dados foram sistematizados no programa de análise qualitativa NVivo que permite a categorização dos diferentes tipos de dados obtidos – diários de campo e transcrição de entrevistas – e proporciona uma leitura transversal entre os diferentes “informantes” e situações, sem perder, ao mesmo tempo, o contexto no qual aquele dado se apresenta.

Em um primeiro momento, as entrevistas e diários de campo foram lidos e relidos em uma “leitura flutuante” na busca de temas salientes, padrões recorrentes e discordantes, estruturas de relevância dos atores sociais, expressões idiomáticas e metáforas. Posteriormente, a análise de conteúdo possibilitou a construção das categorias empíricas e subcategorias. Este processo possibilitou a análise exploratória, tratou-se de um processo em que num primeiro nível foi possível localizar unidades de análise e atribuir categorias ou códigos. Num segundo nível, agruparam-se as categorias e subcategorias em temas, e procurou-se relacionar as categorias entre si, levando-se em consideração tanto o conteúdo dos mesmos quanto o contexto no quais estes foram produzidos e se inserem (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013). Nessa perspectiva, é que foram utilizados os diários de campo, para a compreensão do contexto de produção das entrevistas. Informações contidas nos diários e nas entrevistas que caracterizam o contexto de vida de cada entrevistada foram sumarizadas num quadro, que é apresentado ao final da seção dos resultados e discussão.

Os dados foram interpretados à luz do referencial teórico adotado, bem como a partir da análise comparativa com outros estudos semelhantes sobre o tema.

As categorias utilizadas foram a violência estrutural, a violência doméstica (incluindo violência psicológica, discriminação, física e sexual), a discriminação

relacionada ao trabalho e aos serviços de saúde, o enfrentamento das situações de violência e as barreiras e facilitadores nos serviços de saúde. A discriminação relacionada ao trabalho não era foco inicial da pesquisa, mas devido à ênfase dada pelas mulheres, e considerando-se a preocupação mundial com o tema discriminação e trabalho, optou-se por incluí-la. A apresentação dos resultados ocorreu com fragmentos das entrevistas, considerando os contextos de vida (apresentados em forma de quadro com as principais questões relacionadas com a temática, à luz do referencial teórico).

Como já explicitado anteriormente, o autor teve acesso ao banco de dados com as informações digitadas, tanto do componente quantitativo quando do componente qualitativo. O processo de análise foi construído pelo autor do trabalho.

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo foi planejado obedecendo às exigências das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos”, estando em conformidade com as normativas do Conselho Nacional de Saúde, Resoluções CNS nº 466/2012 e suas complementares; portanto a eticidade da pesquisa implicou em:

- obtenção de TCLE;
- ponderação entre riscos e benefícios (beneficência);
- garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);
- relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa (justiça e equidade).

O projeto Fonte: “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre”, que deu origem aos dados utilizados nesta dissertação, foi aprovado dentro da resolução 196/96, no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição de origem do projeto (ANEXO 2), assim como em todos os Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde foi conduzido o componente quantitativo do estudo.

O convite e a obtenção do consentimento para participar da pesquisa foram realizados pelos próprios entrevistadores, nos locais de atendimento (serviços de saúde) pré-selecionados. A obtenção do consentimento a partir da leitura do TCLE deu-se com a autorização do paciente através de assinatura ou identificação por impressão dactiloscópica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No componente quantitativo, foram incluídas 686 mulheres vivendo com HIV/Aids. O perfil sociodemográfico é apresentado na Tabela 1. A faixa etária de mulheres participantes do estudo foi de 18 e 49 anos, em que 8,6% possuíam entre 18 e 24 anos, 12,1% entre 25 e 29 anos, 22% entre 30 e 34 anos, 23,2% entre 35 e 39 anos e 34,1% possuíam 40 ou mais anos de idade. Quanto a escolaridade, 40,8% possuíam até 7 anos de estudo, 25,4% entre 8 e 10 anos de estudo, 30,6% entre 11 e 14 anos de estudo e 3,2% quinze ou mais anos de estudo. Trabalho remunerado era exercido por 54,4% das mulheres.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de mulheres vivendo com HIV/Aids no município de Porto Alegre, RS, 2011.

Características	Mulheres vivendo com HIV/Aids
Idade	
18-24	59 (8,6%)
25-29	83 (12,1%)
30-34	151 (22%)
35-39	159 (23,2%)
≥ 40	234 (34,1%)
Escolaridade (anos de estudo)	
≤ 7 anos	280 (40,8%)
Entre 8 e 10 anos	174 (25,4%)
Entre 11 e 14 anos	210 (30,6%)
≥ 15 anos	22 (3,2%)
Trabalho remunerado	
Sim	373 (54,4%)
Não	313 (45,6%)

Fonte: "Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre", 2017.

Ainda no componente quantitativo, foram realizadas perguntas sobre a ocorrência de situações de violência que são apresentadas na Tabela 2. Observou-se que 40,3% relataram ter sofrido violência psicológica alguma vez na vida, 39,3% relataram a ocorrência de violência física, 18,8% relatou já ter sofrido violência sexual e 22,4% já passaram por situações de discriminação em serviços de saúde. A partir da identificação dessas mulheres que relataram situações de violência no

componente quantitativo da pesquisa é que se desenvolveu o componente qualitativo do estudo para investigar em profundidade estas questões.

Tabela 2 - Situações de violência de mulheres vivendo com HIV/Aids no município de Porto Alegre, RS, 2011.

Características	Mulheres vivendo com HIV/Aids
Sofreu violência psicológica	
Sim	273 (40,3%)
Não	405 (59,7%)
Sofreu violência física	
Sim	266 (39,3%)
Não	411 (60,7%)
Sofreu violência sexual	
Sim	127 (18,8%)
Não	550 (81,2%)
Discriminação em serviços de saúde	
Sim	153 (22,4%)*
Não	529 (77,6%)
Tipo de discriminação*	
Tratamento desigual	108 (71,1%)
Comentários, olhar, identificação, outros	45 (28,9%)

Fonte: "Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre", 2017. *Referente ao total de mulheres que relataram discriminação.

As entrevistas em profundidade realizadas no componente qualitativo revelam que as mulheres participantes deste estudo apresentam contextos de vida similares (Quadro 1). A maioria são mulheres pobres, com baixa escolaridade, tiveram várias parcerias afetivo-sexuais, possuem filhos e apresentam trajetórias de vida marcadas pelas situações de violência, com questões de discriminação e estigma associados ao diagnóstico.

Quadro 1 – Síntese das participantes da etapa qualitativa

Identificação	Idade	Escolaridade	Situação familiar	Filhos	Ocupação	Como se deu a descoberta do HIV
Maria1	34 anos	Fundamental Incompleto	Mãe viva, 6 irmãos de pais diferentes. O pai abandonou a mãe quando a entrevistada nasceu. Teve 4 Casamentos. O casamento atual é com um companheiro de 50 anos que sabe do diagnóstico de HIV.	4 filhos	Na gestação do segundo filho estava desempregada quando teve o diagnóstico de HIV. Foi ao Femina para atendimento e conseguiu emprego como serviços gerais. Atualmente trabalha como faxineira.	Estava casada e já tinha uma filha. Na gestação do segundo filho foi que teve o diagnóstico. Conversando com o companheiro, o mesmo já sabia também ser portador bem como os familiares dele já tinham conhecimento.
Maria2	51 anos	Ensino Médio completo	Pai e mãe falecidos. Um irmão legítimo e dois de criação. Relacionamentos conturbados. Uso de drogas por parte da entrevistada e de companheiros. Histórico de aborto e internações em clínicas psiquiátricas.	Nenhum	Entrevistada refere ter trabalhado em diversas áreas, inclusive tendo cursos específicos como datilografia. Não conseguia emprego em áreas afins, tendo trabalhado então por mais tempo como faxineira. No período da entrevista estava desempregada.	Teve conhecimento do diagnóstico de HIV realizando exames laboratoriais de rotina. Na ocasião descobriu ter sífilis também.
Maria3	51	Ensino Médio incompleto	Gestação na adolescência não aceita pelo pai. Em decorrência desta gestação teve que sair de casa e foi morar com a avó. Relata 3 relacionamentos na sua vida.	3 filhos	Secretária, ecônoma, período sem trabalhar na Espanha (filho foi jogar futebol num clube)	Teve um namorado usuário de drogas. Após uma separação de 8 meses, reataram o relacionamento.. Um amigo do namorado a informou do diagnóstico do referido namorado. A ex esposa do mesmo havia falecido com Aids.
Maria4	48	Superior	Pais separados. Família	2 filhos	Interrompeu a faculdade de	Descobriu HIV durante o pré

	anos	incompleto	dispersa. Relacionamento com parceiro usuário de drogas (maconha, cocaína e drogas injetáveis).		zootecnia. Sócia de pet shop, tendo trabalhado na área por quase 20 anos. No período da entrevista estava desempregada.	natal do primeiro filho. Os filhos, na época adolescentes, nunca souberam do diagnóstico.
Maria5	50 anos	Nível Superior	É a mais velha de seis irmãos. Além da entrevistada, outro irmão vivia com HIV. Histórico de aborto e agressões verbais e psicológicas por parte de companheiros.	Sem filhos	Trabalhava em universidade privada.	Descobriu o HIV após sentir sintomas físicos, tais como fraqueza. O namorado na época também estava doente e debilitado mas não sabiam se tratar de HIV. Dessa forma, a entrevistada testou-se e confirmou o diagnóstico.
Maria6	29 anos	Ensino fundamental incompleto	Companheiro (pai do filho) faleceu com diagnósticos de hepatites virais e HIV. Vítima de abuso sexual coletivo na adolescência. História de aborto pregressa.	1	Serviços gerais	Descobriu HIV no pré natal quando teve aborto espontâneo devido à sífilis.
Maria7	37 anos	Nível fundamental completo	Foi criada pela mãe. Não conheceu o pai. Na infância morou com a mãe, duas irmãs, a avó, uma tia e dois sobrinhos. Teve poucos relacionamentos. O mais prolongado durou cinco anos. Nesse mesmo período teve um aborto espontâneo. Desde então não se relacionou com mais ninguém.	Sem filhos	Afastada do trabalho por licença saúde	Descobriu o HIV aos 24 anos quando trabalhava num hospital de Porto Alegre. A entrevistada afirma ter se contaminado após um acidente com uma agulha durante o trabalho na lavanderia do hospital. Realizou tratamento profilático por 6 meses, tendo realizado testes de controle nesse período com resultados negativos. A partir de um exame periódico do hospital descobriu estar

						contaminada. O hospital negou que a contaminação tenha sido através deste acidente. A entrevistada afirma que não houve outra situação que possa ter se infectado..
Maria8	39 anos	Ensino médio completo	Pai era agressivo com a mãe. Histórico de aborto clandestino.	1	Comerciante	Realizou teste de HIV devido a uma gripe e aparecimento de alguns linfonodos. Relata que o médico não queria solicitar exame, teve que insistir.
Maria9	43 anos	Ensino fundamental completo	Histórico de conflitos com o companheiro. Agressões físicas. Aborto clandestino.	1	Aposentada	Descobriu o diagnóstico após desconfiar que o companheiro havia se relacionado com outra pessoa e se contaminado. Realizou exame confirmatório e em companhia do companheiro se descobriram positivo.
Maria10	40 anos	Ensino Fundamental Incompleto	Pai abandonou a mãe e os filhos quando a entrevistada ainda era criança. Começou a trabalhar aos 10 anos em casa de família. Histórico de familiares e companheiros usuários de drogas ilícitas.	2	Desempregada	Descobriu porque os médicos acharam que o filho recém-nascido pudesse ser HIV positivo devido aos problemas de saúde. Após a realização de exames na criança e na mãe, contactou-se o vírus apenas na mãe. Os filhos, apesar de terem nascido após contágio da mãe, foram negativados
Maria11	42 anos	Ensino médio completo	Pai alcoolista, o que gerava muitos conflitos com os	1	Aposentada	Durante uma internação psiquiátrica a entrevistada

			filhos, especialmente na entrevistada pelo fato de ser a mais velha. Mãe batia bastante. Educação pautada na religião. Histórico de relacionamentos conturbados e aborto em clínica clandestina.			realizou exames de rotina. Naquele momento descobriu o diagnóstico positivo, acompanhada do seu companheiro que também descobriu ser positivo para o HIV naquela ocasião.
Maria12	43 anos	Nível Fundamental Incompleto	Pai assassinou a mãe quando a entrevistada tinha 8 anos. Histórico de abortos e violência por parte dos companheiros. Refere sempre ter sido abandonada pelos companheiros.	9	Desempregada	Descobriu na maternidade, no nascimento de uma das filhas. Após esta gestação teve mais duas outras, sendo que na última a criança é positiva.
Maria13	50 anos	Ensino Fundamental Incompleto	Mãe viúva (com diversos ex-companheiros). Possui outros 7 irmãos. Não há muita aproximação com a família devido ao preconceito por parte de alguns. Histórico de conflitos com os companheiros.	3	Serviços gerais	Realizou exame laboratorial acompanhada da irmã. A irmã foi quem foi buscar os resultados e comunicou a entrevistada. Segundo a entrevistada, esta irmã contou para o resto da família, causando constrangimento e afastamento dos mesmos.
Maria14	50 anos	Ensino Fundamental Incompleto	Entrevistada possui mais 6 irmãos. Pai violento com os mesmos e a mãe. Histórico de aborto e conflitos com companheiros.	2	Desempregada	Descobriu o HIV quando o companheiro faleceu. Na época a entrevistada estava amamentando a filha de 2 anos e 4 meses. Após exames, constatou-se que a criança era negativa.
Maria15	43 anos	Não há referência	Entrevistada vivia com o filho, sem companheiro,	1	Call center – Telemarketing	Descobriu HIV quando começou a ficar muito

			dividindo o espaço do terreno com a mãe e outros irmãos. Sem histórico de conflitos familiares e agressões por companheiros. Relata aborto com uso de medicações.			doente. Foi levada para realizar o teste pelo companheiro. Logo que descobriu a doença se separou do companheiro e mudou de cidade.
Maria16	50 anos	Ensino Superior Completo	Possui outros 11 irmãos. Pai alcoolista, batia muito nos filhos. Histórico de uso de drogas injetáveis pelos companheiros	3	Desempregada	Descobriu após o diagnóstico do companheiro. Encarou a situação com naturalidade, cuidando do companheiro até o falecimento.
Maria17	42 anos	Ensino Fundamental incompleto	Histórico de agressões por parte de companheiros.	4	Serviços gerais	Descobriu a doença quando o companheiro, soropositivo faleceu. O mesmo sabia da doença, porém, não tratava. A entrevistada descobriu durante o processo de adoecimento que levou à morte do companheiro.
Maria18	35 anos	Ensino médio completo	Família com mais 2 irmãos. Estrutura familiar patriarcal, extremamente rígida. Histórico de aborto e violência com agressões verbais e psicológicas pelo parceiro	3	Aposentada	Teve o diagnóstico de HIV no pré-natal da terceira gestação. A entrevistada contou para o companheiro na época que também se descobriu soropositivo, porém, preferiu não tratar.
Maria19	29 anos	Nível médio completo	Histórico familiar sem conflitos. Pai bebia bastante mas entrevistada nunca presenciou episódios de violência com a mãe ou irmãos.	1	Desempregada	Foi realizar exames de rotina e descobriu o HIV. Entrou em depressão por um longo tempo devido ao agravo.

Fonte: "Saúde sexual e reprodutiva de mulheres no contexto da epidemia de HIV/Aids em Porto Alegre", 2017.

As entrevistadas se inserem em um contexto de grande vulnerabilidade social, individual e programática (AYRES, 2003). Para além da pobreza, uma parcela significativa das mulheres relata o convívio em ambientes onde parceiros e familiares utilizam álcool e/ou algum tipo de droga ilegal. Assim, é através de um membro da família que algumas das entrevistadas são introduzidas no mundo das drogas, como evidenciam os relatos abaixo:

Os guris diziam assim - os amigos dele: “Ah, tu tomou, né cara, tu tá bem loucão.” Eu olhava pra ele: “Tomou o quê?” “Ah, droga. – ele. Eu achava que tomar droga era [...] tomar na boca, assim. Eu dizia: “Ah eu também quero tomar. Eu não sei o que é. Ele disse: “Não, esse mal eu não quero pra ti. Tá, e aí eu descobri que ele usava droga, que ele traficava, que ele tinha as mulheres que ele queria [...] Fiquei louca de medo, que a sensação que eu senti era tão estranha que, achava que eu ia morrer com aquela sensação. Nunca mais usei. E usei uma, duas vezes, a seringa. [Maria1, 34 anos, relatando como teve acesso as drogas, através do parceiro íntimo].

Daí, a gente fez a fileirinha lá, tem todo um ritual, é bem legal. O ritual, tu faz aquela fileirinha, com cartão, eles pegam uma nota de dinheiro, cada um com a sua. Têm chances, baixa, mas têm (de se contaminar com o vírus HIV). Mas no caso aqui, tu vai enfiar o canudinho, pode romper um pequeno vasinho e sangrar. Então, cada um pegou o seu dinheirinho, ali, fizeram o canudinho [Maria5, 50 anos, relatando como ocorreu o uso de drogas, ofertada pela prima].

Além de serem introduzidas ao universo das drogas no ambiente familiar, do qual por vezes relatam estranheza - como a entrevistada acima que refere não ter noção da expressão “tomar” - as mulheres em geral, acabam descobrindo ao longo do relacionamento que o parceiro é usuário de drogas. E, mesmo que em algumas ocasiões busquem romper com este convívio, sentem-se responsáveis pelo cuidado dos parceiros. Este é o caso de Maria3 que conta que se separou do pai de seu filho em função deste ser alcoolista, mas que voltou para cuidar do parceiro quando este se encontrava em uma situação bastante deplorável:

O pai do meu guri era muito bom. [...] Mas ele: ficou alcoólatra, né? Aí, quando ele tinha 1 ano e meio, dois anos o meu guri, tive que me separar. Bebia demais, não tinha mais condições, né? E eu não ia criar meu filho num ambiente assim... [...] E eu fiquei uns 8 meses separada dele e nesses 8 meses ele usou muita droga... Tava separada, mas queria saber notícias, né? Foi quando eles me ligaram uma vez, pedindo desesperadamente que eu era a única pessoa que podia ajudar ele, né? Eu disse – ah, não sei o que posso fazer, né? E fui até a casa dele. E peguei ele num estado... horrível, né? E peguei e trouxe ele de volta para minha casa. Pra tentar ajudar ele [Maria3, 51 anos, relatando sobre o abuso de bebida alcoólica por parte do parceiro íntimo].

Ainda que estes fatores isoladamente não expliquem a ocorrência de violência, pois nem todos os dependentes químicos são agressivos, o abuso de substâncias é apontado pela literatura como um potencializador para a ocorrência de situações de violência. Recente pesquisa evidenciou a relação entre violência doméstica e usos de álcool e outras drogas. O estudo quantitativo, do tipo transversal, investigou 463 adolescentes no Rio Grande do Norte, e demonstrou que a violência entre adolescentes esteve associada ao uso de álcool e/ou drogas, dependência química na família e a ter presenciado violência dentro de casa (COSTA et al., 2015). Em 2010, um estudo conduzido no interior do Rio Grande do Sul com treze mulheres que viveram situações de violência e que realizaram registros da violência na Delegacia de Polícia para a Mulher e Delegacia de Pronto Atendimento, a violência associada ao abuso de álcool e outras drogas emergiu do relato de denúncias de agressões cometidas pelos parceiros (VIEIRA et al., 2014).

Dentre as entrevistadas, aparece também a referência a esta relação entre o uso do álcool e drogas e violência, como conta uma entrevistada:

Uma vez eu lembro, nós estávamos na casa [o casal], no apartamento da irmã dele, só estava eu e ele. E eu não sei o que aconteceu, assim, se eu dormi e ele usou droga. Eu não lembro bem o que aconteceu, só sei que ele mudou de uma hora pra outra. De repente, assim, ele estava numa agressividade. Eu e ele começamos a brigar e a lutar e ele me bateu. Ele me bateu assim, tipo coisa assim de tu ver assim na televisão do cara bater porque estava bravo. E eu lembro assim que ele me segurava, me apertava e a gente lutava e era uma coisa meio louca assim [Maria9, 43 anos].

Desta forma, o ambiente doméstico, que deveria ser um local no qual as mulheres estariam mais protegidas, acaba muitas vezes por expô-las às situações de violência.

5.1 Histórias e tipos de violência

Tanto a violência como a infecção pelo HIV são problemas sociais e agravos em saúde ainda carregados de medo, vergonha, preconceito, tabu e estigma (BRASIL, 2006). As situações de violência vividas por mulheres com HIV/Aids entrevistadas podem ser categorizadas em três categorias, que em muitas situações se sobrepõem: a violência estrutural, a violência doméstica (incluindo violência psicológica, física e sexual) e a discriminação.

5.1.1 Violência estrutural e vulnerabilidade programática

Segundo Minayo e Souza (1997) a violência estrutural se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos. Estes sistemas conduzem à opressão determinadas pessoas, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. Nesta mesma linha de pensamento, De Souza e Cassab (2010) apontam que os efeitos da violência estrutural são vistos quando o Estado restringe o acesso da população aos direitos básicos que lhes proporcionariam uma vida digna, gerando assim um grave quadro de exclusão social.

As situações de violência estrutural vividas pelas mulheres com HIV/Aids caracterizam o que, de acordo com Ayres (2003), podemos chamar de vulnerabilidade programática. Dentre as situações de violência estrutural presentes nas trajetórias de vida das entrevistadas, destacam-se as recorrentes gestações não planejadas e os abortos inseguros. A maioria das mulheres entrevistadas tiveram gravidezes não planejadas, o que aponta para a dificuldade no gerenciamento de suas decisões reprodutivas (TEIXEIRA, 2017), mas também a deficiência de acesso e efetividade das políticas de planejamento familiar. Mas são os abortos realizados por estas mulheres que, em razão da ilegalidade da prática e dos escassos recursos financeiros, as submetem a procedimentos inseguros, que evidencia de forma mais nítida esta vulnerabilidade programática, como demonstram as falas a seguir:

Ah, não foi legal, porque eu tava bêbada, tinha saído à noite, né, pra beber, pra me divertir e tal; encontrei o cara e fiquei com o cara e engravidei do cara, né? [...] na época eu não tinha condições de ter, né, não tinha, não tinha, não tinha mesmo. Daí, o cara não quis pagar, né, o aborto. Daí, eu tive que conseguir dinheiro emprestado. Foi horrível, eu cheguei assim numa sala, um monte de sofá, assim, um monte de guriuzinha, sabe. Sabe o que é um monte de meninas, meninas – 13, 14, 15, 16. [Maria11, 42 anos, referindo-se a gestação não planejada ocorrida na adolescência e a realização de aborto].

Agulha de tricô [...]. Aí, eu pensei: “Tinha que estar muito desesperada, por que quando eu fiz tava desesperada”. Que a mulher fica desesperada, grávida, com dois filhos [...] É uma bucha de limpeza vaginal. Ela é fina [...] E aqui tem um negócio que tu aperta. Bota sabão de [...] sabão líquido de coco. Morno. Bota lá entre o útero. Tenta enfiar no útero, aperta a parte de baixo e o líquido entra. Quando o líquido entra tu sente que ele entra porque te dá uma cólica, que tu cai. [Maria1, 34 anos, mãe de dois filhos em casa, relatou desespero pela notícia de nova gestação. Frente ao desespero, revelou a possibilidade de usar agulha de tricô, mas optou pela bucha vaginal].

O estudo de Villela e colaboradores (2012), que incluiu 30 mulheres com HIV que engravidaram após o diagnóstico, mostrou que a infecção pelo HIV é um dos motivos para a interrupção da gestação. No entanto, há outras questões que contribuem para esta decisão, como o contexto de vida das mulheres, o suporte familiar, ter uma relação estável e ter um trabalho são pontos considerados para a tomada de decisão entre as possibilidades de se submeter a um aborto ou manter uma gestação. Outro estudo realizado em Porto Alegre com mulheres vivendo e não vivendo com HIV, evidenciou que apesar de o HIV impactar na decisão por abortar, a vulnerabilidade socioeconômica e a relação com o parceiro foram fatores associados ao aborto, sendo que para mulheres vivendo com HIV/Aids, a maioria dos abortos ocorreram antes mesmo do diagnóstico (PILLECO, 2014). Ou seja, o HIV/Aids vem a se somar ao contexto de vulnerabilidade programática, social e individual no qual as mulheres se encontram.

A violência institucional também está presente no relato das entrevistadas:

Eu achava que o doutor tava certo que eu tinha que ir pra clínica, porque eu tomava lítio [referindo-se a uma internação psiquiátrica]. Eu, eu babava, eu não caminhava. Eu abria a boca assim ó, conversava com as pessoas assim, me babando, ai! Quando eu tava naquela clínica, eu não sei como eu engravidei lá. Eu suspeito assim, ou eu tava muito dopada ou eu tava dormindo com aquelas injeções. Qualquer coisa que tu dizia eles já te dopavam [Maria9, 43 anos, engravidou durante uma internação psiquiátrica e realizou aborto após ter alta da clínica].

As instituições que deveriam proteger estas mulheres por vezes as expõem à violência, como no caso acima.

5.1.2 Violência doméstica e vulnerabilidade social

As situações de violência doméstica relatada pelas mulheres envolveram todos os tipos de violência (psicológica, física e sexual) e aparecem não somente relacionadas ao diagnóstico, mas ao longo de suas trajetórias, sendo que para a maioria delas, os primeiros episódios iniciam-se na infância, evidenciando-se os contextos de vulnerabilidade em que estas mulheres estão inseridas.

Era muito conflito (referindo-se à criação familiar), porque o meu pai bebia, entendeu? [...] eu apanhava muito, porque eu era a mais velha; então, toda a culpa era minha [...]. Então, eu apanhava de manhã, de tarde e de noite [Maria11, 42 anos, relatando violência física na infância e adolescência].

Então eu fui mãe solteira da primeira menina, né. Porque naquela época, trinta e poucos anos atrás, Deus me livre uma menina grávida na família! Para o meu pai foi um horror! Os nove meses de gravidez, ele não falava comigo. Nós cruzava no mesmo pátio sem olhar no meu rosto [Maria3, 51 anos].

Silva, Coelho e Caponi (2007) destacam que a violência psicológica, no interior da família, se desenvolve como um processo silencioso, que geralmente evolui e eclode na forma da violência física. A violência psicológica vai envolver agressão decorrente de palavras, gestos e olhares, já a violência física vai envolver atos de agressão corporal à vítima. Como se observa no trecho a seguir, a evolução de um tipo de violência para a outra parece ser tênue.

A minha mãe me batia por nada. “Faz uma comida.” “Eu não sei fazer.” “Vai aprender.” Eu queimava a comida, apanhava porque queimava a comida. Me espancava por qualquer coisinha. E eu tinha que cuidar da minha irmã, que era deficiente, né? Bá, aí, eu apanhava porque eu não cuidava dela. Eu apanhava porque não mudava ela. Eu apanhava porque não dava remédio. Eu apanhava [...] [Maria1, 34 anos].

Em relação à violência psicológica, há uma dificuldade por parte das mulheres na identificação das situações. Silva, Coelho e Caponi (2007) relatam que de um modo geral, na nossa sociedade, há prioridade dada para a violência que provoca consequências físicas graves em detrimento das psicológicas, e nesse sentido, inclusive os poucos estudos contribuem para a negligência da violência psicológica. Essa questão pode corroborar com a naturalização da violência psicológica, na medida em que estas situações vão sendo amenizadas pelos indivíduos. Este é o caso, por exemplo, de uma entrevistada que negou a ocorrência de situações de violência de qualquer tipo – inclusive violência psicológica nas relações. No entanto, quando relatou sobre o tempo do relacionamento, fez a seguinte colocação:

[...] ah, ele me humilhava muito, nem sei como eu fiquei com ele tantos anos. Me humilhava, falava um monte de coisa... a gente viajava muito, conhecíamos vários lugares do Brasil. Mas ele tinha um lado assim, um lado dele muito mórbido, assim. Ah, eu não sei se a intenção era querer me humilhar? Vamos supor assim, uma vez ele chegou e disse assim, que a tia dele, uma tia dele lá de Recife, que a gente foi lá, disse pra ele, eu acho que é coisa, eu não diria pra um namorado, ah, que ele podia ter arrumado uma coisa um pouco melhor pra ele. Ela me achou assim, muito feia, muito horrorosa, muito magra, muito isso, muito aquilo. Ele chegou e disse pra mim. Esse tipo de coisa, sabe? Coisas assim, mais ou menos nesse patamar, assim. – ah, tu nunca vai arrumar mais ninguém. Não sei o quê. – Os caras só vão querer te comer. Essas coisas assim [...] [Maria5, 50 anos].

Como no caso acima, os padrões de gênero fazem com que, muitas vezes, as mulheres acatem a posição de subordinação que se encontram na relação conjugal, relevando situações violentas, particularmente aquelas relativas à violência psicológica. E, como explicita o depoimento acima, este tipo de violência se utiliza dos padrões esperados de gênero para denegrir a imagem da mulher (BOURDIEU, 2007), que é acusada de “feia”, “horrorosa”, características que a colocam como apenas um objeto de consumo sexual “só vão querer te comer”.

Muller (1999) aponta que entre as estratégias de controle de uma mulher adotada pelos homens violentos está a estratégia de propaganda, que é um dos meios mais usados, e o mais mortal para dominar a companheira através da violência psicológica. Ocorre quando o agressor, constantemente, ofende das piores maneiras possíveis a parceira. Esse mecanismo é utilizado para fazer a mulher “acreditar” no sentido de suas palavras, procurando maneiras de superação para satisfazê-lo. Assim, segue uma rotina de calúnias e humilhações e a busca infinita para satisfazer o companheiro. Seguindo nesta linha, Souza e Cassab (2010) afirmam que na utilização desta estratégia de controle, é comum os homens nem mesmo chamarem sua mulher pelo nome, e sim por adjetivos como “cadela”, além de outras denominações que deixariam qualquer pessoa, fora do ambiente violento, assombrada, perdendo seu amor próprio e sua autoestima.

No tocante à identificação de situações de violência psicológica em suas trajetórias, é importante ressaltar que parece haver uma naturalização, por parte das mulheres, do comportamento agressivo relacionado à figura masculina, e também uma naturalização de que as mulheres que fogem do comportamento tradicional esperado merecem apanhar, como evidenciado a seguir na fala de uma entrevistada em relação ao comportamento do seu parceiro atual, em que há a identificação da situação de violência.

Ele é calmo [...] dá uma vontade de dá uma bolacha nele, porque ele é tão calmo. A filha dele apanha [...] Fulano, tua filha apanhou. “Bá, mas o que essa guria fez?” Não importa o que ela fez. Ela é mulher, ela apanhou. “Não, alguma coisa ela aprontou.” [...] [Maria9, 43anos, referindo-se ao comportamento do parceiro atual em comparação com os anteriores e relatando o posicionamento do parceiro ao saber que a filha dele estava sofrendo violência com o parceiro íntimo].

Em relação ao desconhecimento ou não reconhecimento das situações de violência e a naturalização do comportamento, Souza e Cassab (2010) afirmam que

muitas pessoas nem sequer conhecem as expressões da violência psicológica. Segundo os autores isso pode ser imputado a visão romântica e idealizada que se tem sobre o núcleo familiar, por uma falsa condição de harmonia, em que se naturalizam as ofensas verbais e a assimetria de gênero. Minayo (2006) afirma que há uma concepção vigente de masculinidade e o exercício de domínio das pessoas, o que faz com que a posição social do masculino como agente de poder da violência seja naturalizado.

A violência física acomete as mulheres nos mais diversos contextos de vida. Em 2003, um estudo quantitativo realizado no Nordeste incluindo 420 mulheres que tiveram o parto assistido em maternidade terciária no Recife encontrou uma prevalência de violência física doméstica de 13,1% (IC 95% = 10,1-16,6) e 7,4% (IC 95% = 5,2-10,2), antes e durante a gestação, respectivamente. O padrão de violência alterou-se durante a gravidez, tendo cessado em 43,6%, diminuído em 27,3% e aumentado em 11% dos casos. As variáveis fortemente associadas com violência física foram baixa escolaridade e história familiar de violência da mulher, consumo de álcool e desemprego do parceiro. A escolaridade da mulher esteve fortemente associada à ocorrência de violência física de forma inversamente proporcional, ou seja, quando menor a escolaridade maior foi a prevalência de violência física encontrada. Para mulheres com até três anos de escolaridade, a ocorrência de violência física foi nove vezes maior do que para mulheres com onze ou mais de escolaridade. Em relação à escolaridade dos parceiros (praticante do ato de violência), parceiros com até três anos de escolaridade apresentavam oito vezes mais violência do que aqueles com onze ou mais anos de escolaridade. Também, como já citado neste trabalho, o uso de álcool esteve associado, e observou-se que a embriaguez do parceiro uma vez por semana ocasionava três vezes mais episódios de violência e embriaguez mais de uma vez por semana ocasionava quase sete vezes mais episódios de violência física quando comparados a parceiros que não ingeriam álcool (MENEZES et al., 2003).

Nosso estudo mostrou resultados similares a partir do recorte qualitativo. Embora a escolaridade dos parceiros não tenha sido questionada, o estudo apontou um universo de mulheres cujas histórias são marcadas por situações de violência, sendo a maioria delas com baixa escolaridade e relatos de parceiros ou familiares com abuso de substâncias.

Neste estudo, não foi incomum o relato de situações de violência física e mesmo sexual em que a mulher era a vítima.

[...] Sim. Uma vez só! Mas apanhei! Só que apanhar de verdade não é apanhar que nem apanhar de pai, mãe, não: é tapa na cara, soco na cara e chute e, bá, apanhar que nem homem. Já apanhei já [Maria1, 34 anos].

[...] daí eu brigava muito com ele e ele me batia. Tem uma vez que ele me jogou em cima de uma cama que eu quase me quebrei toda, eu era magrinha né. Daí na última vez eu dei um basta né, chega, cansei [Maria12, 43 anos].

Não, eu tava com uma pessoa, só que a outra pessoa chamou os amigos, e me trancaram num quarto e me abusaram sexualmente[...] Ai eu fui ficar com ele, ai nisso ele trouxe uns amigos e deu no que deu [Maria6, 29 anos].

É interessante notar que a violência física por parte do parceiro é facilmente reconhecida pelas mulheres e é diferenciada daquela praticada por outros familiares, como os pais. A violência pelo parceiro se caracteriza justamente pelo grau de agressividade e crueldade: bater “na cara”, “quebrar” a parceira. A gravidade deste fenômeno são as sequelas deixadas sobre a saúde, podendo levar inclusive à morte. Neste sentido, cabe destacar o femicídio como um fenômeno social, que atinge proporções significativas e se caracteriza como uma violência extremada associada à condição de inferiorização das mulheres (OLIVEIRA; COSTA; SOUSA, 2016). Uma das entrevistadas testemunhou, inclusive, o assassinato da mãe, que pode ser caracterizado como femicídio tendo em vista o relato do caso. Portanto, além da violência infringida pelo próprio parceiro, as mulheres relataram também situações de violência sofridas por suas mães.

[...] Não, não, durante aquele meio tempo, que a gente era pequeno né, ele matou a minha mãe e eu fui morar com a minha tia né. Aí eu nunca mais quis saber mais dele. Ele ia lá me procurava, e eu não, não quero, não quero mais olhar pra cara dele, né [Maria12, 43 anos. Referindo-se ao fato do seu pai biológico ter assassinado a sua mãe quando a entrevistada ainda era criança].

Ainda que menos comum, houve relatos de situações de violência sexual cometida pelo pai ou parceiro da mãe:

Eu acho que eu tinha uns oito. Lembro assim que ele me chamava pra lá para o quarto (referindo-se ao padrasto). [...] Eu lembro assim que nunca aconteceu uma penetração. Eu lembro de ter acontecido aquela coisa de eu sentir [...] o membro [...] aquela excitação dele, da parte dele, do órgão sexual endurecido e tal, e aquela coisa de abraçar, de se encostar, aquilo ali

me perturbava, eu lembro, eu não entendo [...] Só que assim, a, o ato mesmo consumado assim, tenho na minha cabeça que não aconteceu [Maria9, 43 anos].

Ainda que o abuso ou violência sexual na infância e adolescência seja definido como a situação em que a criança (ou o adolescente) é usada para satisfação sexual de alguém mais velho, e inclui desde a prática de carícias, até o ato sexual, com ou sem penetração (ABRÁPIA, 1997). É relevante discutir que quanto a este caso, que parece haver um reconhecimento da prática da violência ou abuso sexual somente quando há o ato sexual consumado. São levantadas duas possíveis hipóteses explicativas para este posicionamento, o desconhecimento, partindo do contexto sociocultural e da escolaridade da entrevistada; ou ainda a negação como forma de enfrentamento, tendo em vista os impactos deletérios da violência sexual sobre a saúde, já apontado em outros estudos (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005; WHIFFEN; MACINTOSH, 2005).

Recente estudo conduzido na cidade de Cruz Alta (RS), com mulheres vivendo com HIV acompanhadas em serviço especializado identificou elevada prevalência de violência relatada pelas mulheres. O estudo demonstrou que quanto maior o tempo de diagnóstico, maior foi a prevalência de situações de violência (CECCON; MENEGHEL, 2015).

Contudo, conforme apresentado, as situações de violência não estão somente restritas à condição sorológica das mulheres, ao contrário disso, elas se distribuem ao longo de suas trajetórias, nos mais diversos contextos de vida, cujo perfil predominante de mulheres é daquelas com menores condições socioeconômicas, com histórico de violência nas suas famílias de origem, perpassando por situações relacionadas às famílias constituídas a partir das relações afetivo-sexuais e uso de álcool ou outras drogas. Corroborando com estes achados, há evidências na literatura de que a ocorrência de alguns tipos de violência está associada a menores condições socioeconômicas, menor escolaridade, uso de drogas pelo companheiro e antecedentes de violência na família (MARINHEIRO; VIEIRA; DE SOUZA, 2006).

5.1.3 Discriminação relacionada ao HIV/Aids

A discriminação relacionada ao diagnóstico pode ser caracterizada como uma forma de violência psicológica. Em relação à descoberta e a revelação do

diagnóstico, tendo em vista o estigma e discriminação já identificados na nossa sociedade, em função da representação social da Aids (PARKER; AGGLETTON, 2001; NATIVIDADE; CAMARGO, 2011), há evidência de que estes momentos evocam sentimentos de angústia, ansiedade e medo e que muitas mulheres necessitam suporte dos serviços de saúde neste momento (RUJUMBA et al., 2012). Daniel (1991) considerou que, em relação à Aids, o estigma e a discriminação são tão opressores, que levam as pessoas a não se sentirem mais parte da sociedade, havendo inclusive dificuldade de acesso a direitos, como à saúde. Dada a gravidade deste fenômeno, o autor o identifica como morte social relacionada à Aids.

Um estudo qualitativo que analisou a trajetória de cinco pessoas vivendo com HIV apontou que, especialmente o momento da descoberta, gera a consciência de um perigo emanado não apenas pelo significado da doença, mas também a possibilidade de grandes perdas que modificarão o modo como se percebem e vivem e de uma ameaça originada pela real convivência com uma sociedade preconceituosa e discriminatória (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

Souza e Cassab (2010) afirmam que frente à invisibilidade e dificuldade de mensurar quando comparada com a violência física, a violência psicológica pode ser considerada como a mais perversa, entre os outros tipos de violência, ocorrida no âmbito doméstico, em decorrência das marcas irremediáveis que deixa, perdurando por muito tempo ou, às vezes, por toda a vida. Nesse sentido, considerando que a discriminação é uma forma de violência psicológica, destaca-se que há muitos relatos de situações que geraram grande sofrimento psíquico às mulheres, especialmente àqueles relacionados à revelação da infecção pelo HIV, conforme é evidenciado a seguir, com situação de rompimento de relações familiares e exposição ao estigma da doença posto na sociedade.

Eu não aceitei a sujeira que ela fez (referindo-se à irmã). Ela era casada e se separou e veio morar comigo, daí ela pegou e espalhou pra todo mundo da minha doença, né, ela bebeu e espalhou pra toda minha família [...]. A minha cunhada não me aceita na casa dela por causa da minha doença. Porque ela acha que eu vou passar pra família dela [...]. Como minha mãe mora nos fundos da casa dela, não posso visitar minha mãe, só posso ligar pra minha mãe, [...], então é isso...é só minha família que viraram as costas, que é só minha família que sabe [...]. O meu padrasto teve a capacidade, lá em Santa Catarina, ir falar pra toda minha família que mora em Santa Catarina, minhas primas [...] [Maria13, 50 anos].

A minha mãe, a minha vó, né, nem, nem contei. Eu tinha uma amiga bem mais velha do que eu, assim, que era da Pet, né, que ela era dona de um canil e muito minha amiga e aí, eu falei pra ela, eu, eu mostrei [...], eu fiquei

louca, né, imagina. Aí, ela dizia: “se tu não contar pra tua mãe, eu vou contar, porque tu vai ter que tomar uma providência.” Aí, ela contou [Maria4, 48 anos].

Conforme Zampiere (1996), a Aids passou a ser um dos grandes obstáculos que impedem as pessoas de revelarem seu *status* sorológico pelo medo do abandono, do julgamento, de vergonha e de reações hostis ou negativas por parte dos outros. As pessoas que vivem com HIV/Aids, passam por tantas dificuldades relacionadas à discriminação e ao estigma, que a partir do diagnóstico, determinam um novo modo de lidar com o mundo e as pessoas ao seu redor, convivendo cotidianamente com a exclusão e com as barreiras interpostas pela sociedade (PARKER; CAMARGO JR, 2000).

Internacionalmente, as pessoas vivendo com HIV/Aids têm lutados por seus direitos desde o surgimento da epidemia. A luta por direitos envolve os processos de estigma e discriminação da doença. No Brasil, essa luta começou com o direito à saúde e a vida, quando em 1991 houve a disponibilização de monoterapia (zidovudina) pelo Ministério da Saúde. Nesse período, verificou-se a ineficiência da monoterapia e houve o desenvolvimento e início da recomendação de terapia combinada (conhecida como “coquetel”) em nível internacional (PORTELA; LOTROWSKA, 2006). No entanto, como esses medicamentos não estavam disponíveis no Brasil, ter acesso a estas medicações as pessoas vivendo com HIV/Aids passaram a recorrer à justiça para garantias individuais, baseadas no direito à saúde e à vida, a partir dos pressupostos da Constituição Federal e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990 (SCHEFFER et al., 2005). Em 1985 e 1986 surgiram as primeiras organizações não governamentais (ONGs) voltadas para o enfrentamento da epidemia, o Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS (GAPA) em São Paulo e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), no Rio de Janeiro. Estas ONGS, que foram promotoras de campanhas prevenção e iniciativas contra a discriminação e o preconceito, e possuíam assessorias jurídicas que auxiliavam na discussão sobre direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids (GALVÃO, 2002; CECCATO et al., 2008; CHAVES et al., 2008), e que contribuíram para a quebra de patentes e produção e disponibilização da medicação antirretroviral de forma gratuita e universal pelo sistema público de saúde.

A luta contra o estigma e discriminação marcou, além do direito à saúde e à vida, as questões do mundo do trabalho. O preconceito e exclusão social às

peças vivendo HIV/Aids, claramente reconhecidos na sociedade, levava à ameaça de perda de emprego das pessoas afetadas pelo HIV/Aids e se constituía como um obstáculo ao conhecimento do diagnóstico. Em 2001, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) lançou o repertório de recomendações práticas sobre o HIV/Aids e o mundo do trabalho, com o objetivo de reconhecer o HIV/Aids como uma questão do local de trabalho, e fomentar, entre outros aspectos, a não discriminação no emprego, a realização do teste anti-HIV e a confidencialidade. Apesar de mais de quinze anos de luta contra a discriminação no trabalho, os esforços são contínuos para que o HIV e a Aids sejam reconhecidos e tratados como uma questão que afeta o local de trabalho. Assim, o resultado de um teste anti-HIV não deveria ser motivo de discriminação para a contratação ou manutenção do emprego (OIT, 2001; OIT, 2004; OIT, 2010).

No estímulo à elaboração de políticas e programas nacionais, a OIT recomenda a adoção das definições contidas no Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre o HIV/Aids e o Mundo do Trabalho. O documento define estigma como algo que "refere-se à marca social que, associada a uma pessoa, geralmente provoca a marginalização ou constitui um obstáculo ao pleno gozo da vida social da pessoa infectada ou afetada pelo HIV". A discriminação é definida como "qualquer distinção, exclusão ou preferência tendo o efeito de anular ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento no emprego ou ocupação", salientando que esta definição é utilizada na Convenção sobre Discriminação (Emprego e Ocupação) desde 1958. E vulnerabilidade é conceituada no sentido de desigualdade desemprego ou emprego precário relacionado com fatores sociais, culturais, políticos e econômicos (OIT, 2010).

Está pautado na OIT que os resultados de testes anti-HIV deveriam ser confidenciais e não interferindo no acesso ao emprego e em outras questões como estabilidade e segurança no trabalho (OIT, 2010). No Brasil, existe portaria específica sobre o assunto, que proíbe, no âmbito do serviço público, a exigência de testes anti-HIV em exames admissionais e periódicos desde 1992 (BRASIL, 1992). Apesar de existir regulamentação específica sobre a questão, as pessoas vivendo com HIV continuaram expostas ao estigma e discriminação, pois é relevante destacar que sob o prisma das relações de trabalho, a Aids engloba questões como direitos fundamentais do trabalhador, mas também mudanças no mundo do trabalho na perspectiva das relações. O desemprego, o trabalho informal e, sobretudo, a

exclusão do mercado de trabalho se associam e conduzem o indivíduo a uma pior condição (GIATTI; BARRETO, 2006).

Em 2006, um estudo realizado em São Paulo com 5 homens e 5 mulheres vivendo com HIV/Aids mostrou a dificuldade de reinserção no mundo do trabalho, em que sete entrevistados desistiram de procurar uma outra oportunidade de emprego, apontando que o preconceito, o receio de estigma, a exigência de exames médicos, entre outras questões, dificulta o retorno ao mercado de trabalho e a busca por um novo emprego (FERREIRA; FIGUEIREDO, 2006).

No Brasil, conforme Pimenta (2002), foram ampliados para a Aids os benefícios concedidos a outras doenças graves e proibida a realização do anti-HIV para exames na contratação de trabalhadores, tanto no setor público quanto no setor privado. Apesar dos avanços na legislação e no seu cumprimento nas grandes empresas, permanecem dificuldades quando se tratam de empresas de médio e pequeno porte. Recentemente, foi promulgada a Lei nº 12.984, definindo como crime a discriminação das pessoas vivendo com HIV/Aids no ambiente escolar e de trabalho (BRASIL, 2014). Embora a lei seja recente, de alguma forma ela poderá amenizar as preocupações em relação a processos discriminatórios das pessoas vivendo com HIV/Aids, pois a relação HIV e trabalho/emprego não é harmoniosa e há, em muitas situações um temor da revelação em função do estigma e discriminação.

Apesar recomendações internacionais e legislações específicas que visam proteger as pessoas vivendo com HIV/Aids da discriminação no ambiente de trabalho, as manifestações de discriminação ainda são identificadas no contexto do trabalho. Neste estudo, as entrevistadas relataram diferentes situações percebidas como discriminatórias na esfera do trabalho. Algumas mulheres atribuem ao conhecimento do diagnóstico de HIV pelos colegas e patrões a perda do emprego. Contudo, na medida em que esta razão não é formalmente referida no momento da demissão, ela é sempre uma suposição. Ligações são estabelecidas, na visão das mulheres, entre o momento de conhecimento do diagnóstico e a modificação da situação no emprego. Os exemplos abaixo demonstram esta associação entre o diagnóstico e a demissão:

Aí fui trabalhar no shopping. De manhã eu trabalhava na limpeza e de tarde na praça de alimentação, né. Eu não sei por que, não sei se alguém descobriu por internet, não sei o que aconteceu. Eu sei que lá no shopping ficaram sabendo da minha doença... Falaram de uma doença, mas não

falaram do HIV. Eu não falei pra ninguém, eu não contei pra ninguém. [...] E não sei se foi por internet, que foi, que descobriram lá. Aí quando passei do contrato (contrato de experiência), eu fiquei três meses trabalhando no shopping, eu passei um dia do contrato e no outro dia, quando fui pra pegar, trabalhei normal, aí quando foi outro dia, já tinha passado um dia né, quando foi no noutro dia aí minha chefe falou assim: “o que tu estas fazendo aqui?”. E eu disse “ué, trabalhando”. E ela: “Ah não pediram pra você passar no departamento pessoal? Não falaram contigo?” Eu disse assim: “não, a senhora me disse que eu tinha passado no contrato!” E ela: “é mas foi um engano, vai no departamento pessoal”. Daí eu fui no departamento pessoal [...] eles disseram pra mim: “a gente tem que te falar que simplesmente você não passou no contrato”. Daí eu comecei a chorar né: “tá, mas minha chefe disse que eu tinha passado, o que que aconteceu?” Daí a guria me perguntou assim, a guria que fez minha ficha, me perguntou assim: “tu tem alguma doença?” Eu disse: “não, só pressão alta, ah, e ela: “então deixa assim” [Maria13, 50 anos].

Porque ela [a patroa] ligou para o hospital. Aí falaram, não falaram, mas falaram desse problema. Tem pessoa que entende, advogada sabe né. Depois passou um tempo e ela me mandou embora. Eu achei que foi isso né, não quero dizer que fosse né, eu acho que o preconceito ainda existe muito, né, sobre isso. É bem complicado. Sim, antes eu era doméstica né, minha patroa descobriu, porque meu marido morreu né, aquela função de médico, tal, tal, tal, tal... Ela acabou descobrindo, não sei se foi por isso, não quero né botar a culpa nela, que ela me botou pra rua. Aí eu optei ficar assim mesmo, como autônoma [Maria17, 42 anos].

Vieira e Silva (2011) apontam que no meio ambiente de trabalho, a discriminação pode acontecer de forma direta ou indireta, considerada esta última à discriminação velada. Contudo, nos casos das falas apresentadas, a forma como o diagnóstico se tornou conhecido no ambiente do trabalho se localiza também na esfera da suposição visto que, com a exceção de um caso no qual o diagnóstico foi feito por demanda do serviço de medicina ocupacional, nas demais situações não foram solicitados exames anti-HIV no trabalho. Há, por parte das entrevistadas, a suspeita de que o resultado do diagnóstico tenha sido comunicado aos empregadores pelos próprios serviços ou profissionais da saúde.

Frente ao medo da perda do emprego, a maioria das mulheres opta por manter em segredo o diagnóstico no ambiente de trabalho, evitando revela-lo para colegas ou pessoas que tenham alguma relação com este espaço. O estudo de Ferreira e Figueiredo (2006) também apontou que não revelar o diagnóstico é uma estratégia para evitar constrangimentos e prejuízos no trabalho, além de uma provável demissão.

No presente estudo, apenas uma das entrevistadas, em função dos vários atestados médicos, revelou para o superior o motivo de seu adoecimento frequente. Assim, se o silêncio é a estratégia de enfrentamento acionada mais frequentemente

pelas mulheres, a revelação, face à legislação do país, é também uma estratégia visto que possibilita um maior “controle” sobre a verdadeira causa da demissão. É mais difícil encobrir a discriminação uma vez que o diagnóstico é formalmente comunicado ao responsável pelo empregado.

5.1.4 Discriminação nos serviços de saúde

Não são incomuns os relatos das mulheres de situações de discriminação associadas à Aids dentro dos serviços de saúde. No componente quantitativo, mais de um quinto das entrevistadas (22,4%) referiu discriminação dentro de um serviço de saúde. Para a grande maioria (71,1%) a discriminação se deu através de um tratamento considerado desigual. Mahajan et al. (2008) definem que a discriminação é uma consequência do estigma, definida como "quando, na ausência de justificativa objetiva, é feita uma distinção contra uma pessoa que resulta em que essa pessoa seja tratada de forma injusta e injusta com base em pertencer ou ser percebida como pertencente a um determinado grupo". Partindo-se deste conceito, nas entrevistas em profundidade, é possível perceber que estas manifestações de discriminação se dão tanto em serviços de atenção básica e serviços de nível secundário (ambulatorios ou pronto-atendimento), como nos atendimentos de nível terciário nos hospitais. Frequentemente as atitudes discriminatórias estão relacionadas à condição de estarem infectadas com o vírus HIV e até mesmo de estarem grávidas, pois na visão de alguns profissionais de saúde, a doença deveria ser encarada pelas mulheres soropositivas como uma situação de extremo risco e como uma doença impeditiva para gestação. As mulheres, dessa forma, acabam não se sentindo acolhidas em um momento singular de suas vidas, o que acontece tanto ao procurar atendimento inicial, no pré-natal quanto no centro obstétrico, com evidenciam os casos relatados abaixo:

Lá em cima [no Centro Obstétrico], as enfermeiras, não a médica. Ela disse assim: “Se tu sabe que tu tem, por que tu não corta isso aí [referindo-se à laqueadura tubária]? Já aproveita ali, aproveita que ele tá ali e já oh [...] manda cortar tudo”. Ai, eu disse: “Ai, é que eu sou muito nova. Eu já pedi, mas eles não querem cortar”. Aí ela: “Ah, tu quer, eu te dou uma, eu te dou um telefone, eles mandam cortar isso de uma vez”. Disse bem assim pra mim: “Tu não sabe que tu não podes estar botando filho no mundo?”, bem assim. “Nasce estragado, depois morre. Depois fica chorando ai, oh!” Disse bem assim pra mim. Ai, eu chorei tanto, tanto, tanto, tanto. Aí, ela olhava pra mim assim, via se eu ia falar pra médica, né, e eu não falava nada pra

médica. A médica me examinou, perguntou: “Ai, como é que tu tá, não sei o que?”. E eu chorando, e ela disse: “Ai, é teu primeiro filho?” Eu disse: “Não, é o meu terceiro.” E ela “Ai, mas tu tá chorando tanto, tem muitas que gritam aí, né [...]” e eu disse: “Não, não é nada, essa dor vai passar”. Aí eu chorava, chorava. Ai, ela: “Tu foi maltratada?” E a enfermeira só me olhando. E eu: “Não. Não, é que eu estou com um pouco de dor e o meu marido não veio me ver”. E ela: “Ah essa dor eu sei como é que é, é dor sentimental. Ai, essa aí é a mais triste que tem”. Aí, a guria que estava do meu lado: “Mas por que tu não abriu a boca, por que tu não falou nada? Pra quê? Pra outra vir aqui e meter a mão aqui embaixo e me machucar? Não mesmo! [Maria1, 34 anos].

Eu fui fazer o pré-natal dele [do filho caçula], que eu não queria fazer no hospital X, que eu estava muito cansada. [...] Eu, eu fui lá [no posto de saúde]. Ouvi toda palestra, de todas as mães, normal. “Oh, o pré-natal é assim, vamos fazer em conjunto, que não sei o quê. Não sei o que com as barrigas. Vamos fazer assim, assado. Vamos fazer não sei o quê.” Tá. “A próxima consulta vai ser tal dia.” Aí, eu disse: “Ah, eu queria falar contigo [com a enfermeira].” Aí, eu cheguei: “Ah, sabe o que que é, é que eu sou soropositivo.” Aí, eles: “Tu é o quê? Ah, não, não. Não é aqui, não. Não, tá no lugar errado, minha filha, não é aqui. Não, vai lá, falar com o médico lá. E tu não vem mais na, na próxima consulta tu já nem vem aqui. É diferente.” “Não, mas sabe que que é [...]” “Não. Não, tu não me leva a mal, tá, menina, mas desce lá embaixo e fala o que tu me falou. Fala lá pra [...], pra atendente lá que ela vai te indicar.” Bah! Aquilo ali, olha. Ali já me matou, já. Se eu tivesse que me matar de verdade ali, eu já teria me matado. Porque é, é uma coisa inesperada [Maria1, 34 anos].

A percepção de discriminação nos serviços de saúde ocorre de maneira diferente de acordo com o local em que acontece o atendimento e varia muito com o profissional. Vai desde as avaliações de ordem moral, referente à contaminação, ou a gestação, no sentido de negação de um direito reprodutivo (TEIXEIRA, 2012; TEIXEIRA, 2017), até aquelas que se referem aos procedimentos de biossegurança que deveriam, há muito tempo, serem adotados em qualquer situação. As entrevistadas relatam casos de profissionais que, após conhecerem sua condição sorológica, as tratam de forma diferentes ou que manifestam explicitamente medo de contaminação.

Só teve uma [referindo-se a uma profissional que não a tratou bem no serviço especializado], uma senhora que disse assim pra mim: que que tu quer, esse cara aí te contaminou, é nego, é pobre, não sabe quase ler e escrever, que tu quer com ele? [Maria9, 43 anos, levou o parceiro atual para se testar no serviço].

As técnicas ficavam brigando as duas, porque elas não queriam nenhuma delas me punçar. Ai a mulher veio me punçar com tanta raiva, que ela me arrouchou todinha, que o sangue jorrava, assim! Brigando na frente dos pacientes ali. Isso é antiético, né? Inclusive, eu falei para os enfermeiros, falei para o médico. Como é que tu vais brigar com o teu colega ali, pra não querer punçar uma pessoa porque aquela pessoa tem HIV, ou não tem [Maria7, 37 anos].

Comecei a procurar pra ver, né? Tratamento, pra ver como é que podia ser. Só que eles tratam a gente muito mal nesses lugares. Eles tratam a gente mal, em qualquer lugar. Porque tem muito preconceito, até hoje. Aí foi quando eu saí dali [de um serviço de saúde geral de nível secundário] e vim aqui [um serviço especializado em Aids [Maria8, 39 anos].

Quando a Dr^a. [...], que é a gineco que eu vou, me encaminhou, né, que eu queria consultar aqui pra ficar mais perto até. Aí, ela me deu um encaminhamento, me mandou pra imuno...imuno...imunodeficiência, uma coisa assim. Aí eu cheguei e expliquei pras gurias o que estava acontecendo. A primeira coisa que elas disseram: - o que você tá fazendo aqui? Aí eu expliquei, que eu tava, que eu comecei a tomar os antiretrovirais, que a Dr. [...] queria me encaminhar para o infecto. Aí ela bem assim: -aqui a gente nem sabe do que se trata isso. Só isso. – a gente nem sabe do que se trata isso. – A gente não trata desse caso aqui. – Então tá, muito obrigado. Ai fui na Dr^a [...], falei com ela [Maria7, 37 anos].

Uma das estratégias para evitar estas situações é a de buscar os serviços especializados em Aids, onde o atendimento é percebido como melhor em virtude de uma presunção de não acontecer episódios de discriminação. Além dessa situação, que se trata de uma escolha da usuária, em função do preconceito e despreparo dos profissionais de saúde, é comum os relatos de mulheres que são encaminhadas pelos serviços de atenção básica para os serviços especializados mesmo em situações sem relação com a síndrome, como nos casos abaixo:

Não, mandaram ir lá [serviço especializado em Aids]. Aí, tudo que eu tinha, tudo que eu vinha consultar aqui, eles falava: “Ah, isso é do HIV”. Me saiu uma coceira que eu tenho aqui, uma alergia. Tudo o que eu vinha dizer pra elas que eu tinha, elas botavam que era do HIV. Porque tudo, até se eu tivesse uma unha encravada, eles, ai, eles não faziam exame nenhum, isso aí é do HIV. Tudo era HIV, tudo [Maria7, 37 anos]

Uma vez me saiu uma alergia no pé, que eu tenho, que é de fundo nervoso, o médico falou e a minha mãe também tem. E agora, o meu sobrinho está com a mesma alergia. Aí eu vim aqui [serviço de atenção básica], e a médica bem assim: “A gente não pode te atender, porque aqui não atende esse caso. Tem que ir lá no SAE. Isso que eu era funcionária daqui.” Aí, fui lá, me deram uma pomada e passou, nunca mais voltou [Maria7, 37anos].

Como demonstram as situações acima, as mulheres vivendo com HIV/Aids identificam que suas demandas não são acolhidas nos serviços de atenção básica e que, portanto, é perda de tempo buscar atendimento neste nível de atenção quando são, em geral, encaminhadas para os serviços especializados. Assim, tanto pelo medo de encontrarem conhecidos como pelo fato de identificarem maior preconceito nestes locais, o serviço de saúde mais próximo ao domicílio não é o local de atendimento priorizado pelas mulheres. As experiências anteriores de

discriminação nestes locais de atendimento, somadas à possibilidade de terem seu diagnóstico revelado na vizinhança, bem como as experiências positivas nos serviços especializados, levam as mulheres, apesar da política nacional de atenção básica, a buscarem nos serviços especializados atendimento de saúde.

Há relatos também de pessoas que procuram tratamento em outra cidade, como Porto Alegre, para não serem reconhecidas em sua cidade de origem em função da possibilidade de identificação do diagnóstico ao entrarem num serviço.

Eu acho que lá em Ijuí ainda tem um pouco de discriminação. Tipo as atendentes, assim, sabe, te olham errado, te olham [...], né, uma cara meio, sabe. Tipo, ah, tu tá aí, tá né, que tu fez pra tá aí, agora, né? Bem feito, tipo assim, sabe, uma coisa assim, né, tu sentia, sentia muito isso. As pessoas te olhavam na rua assim: “Ah, aquela lá tem Aids.” Te comentavam, tu ouvia as pessoas comentando. Em Ijuí é terrível, em Santo Augusto, então, nem pensae, meu [...], pior ainda, né, onde minha irmã mora. Todo mundo sabe que eu tenho, todo mundo, toda cidade sabe. É uma coisa, tipo, as enfermeiras comentam com outra pessoa, entendeu? Aí, vai indo, vai indo, de boca em boca, quando vê, todo mundo sabe. Ah, a filha da fulana [...]. É lá a discriminação, assim, terrível, mas quando eu vou pra lá, eu só vou pra casa da minha irmã, da minha mãe, entendeu? Eu não vou na casa de ninguém, vou só nos meus parentes, né. Tinha até um rapaz lá que eu conhecia e uma moça que tinham. Os dois já morreram. Morando lá, os dois já morreram. Entendeu? Uma coisa, assim, é muito preconceito. É muito, a carga é muito pesada, sabe, a pessoa não aguenta, sabe, a pessoa não tem mais vontade de sair na rua, sair [...], entendeu, nem de ir no supermercado. Não aguenta a pressão, é muito, muito, falatório é geral, né? [Maria11, 42 anos].

5.2 Estratégias de enfrentamento

Em relação às situações de violência psicológica, a discriminação aparece como o principal problema, especialmente quanto à revelação do diagnóstico. Neste sentido, a rede de apoio se constituiu de alguns amigos ou familiares e fornecem mensagens de esperança.

É como se o chão se abrisse e tu caísse num buraco e não saísse mais dali, caindo, caindo, né, e passam um milhão de coisas pela cabeça e depois eu contei pra mãe, eu lembro que eu dizia assim, eu não quero ter isso, eu quero morrer, é melhor morrer logo do que ter isso. Só que aí as coisas vão, o tempo vai passando, tu vai pensando melhor, tu começa a pensar naquela, que todo mundo tem que ter né, a tal da esperança, que um dia possa ser descoberta a cura e aí tem que ir pensando nisso, é a única coisa, né, é uma maneira de tu lidar bem com a situação ou melhorar um pouco a situação é tu pensar nisso, né, que pode ser que um dia descubram a cura ou se já tão perto ou se tão longe, mas que um dia, mesmo que tu não esteja mais aqui, mas que descubram pros outros, né? [Maria9, 43 anos].

Aí, depois daí eles me contaram, eu aceitei, comecei a tomar os remédios, coquetel, tudo, né, normal. Vida normal, vida normal. Talvez tenha até aumentado o carinho e o amor assim, sabe [referindo-se à família]. Acho que até aumentou assim na família depois disso [Maria11, 42 anos].

Uma das principais estratégias de enfrentamento para lidar com as situações de discriminação é a não revelação ou omissão da infecção pelo HIV em todas as esferas sociais. Essa estratégia é a mais utilizada como forma de preservar o emprego, evidenciada neste estudo e apontada por vários estudos nacionais (DE FREITAS et al., 2012) e internacionais (FEYISSA et al., 2012, AREY et al., 2016, BOUSHAD et al., 2017, DARLINGTON et al., 2017).

[...] no meu serviço também ninguém sabe, eu tenho medo de comentar e perder meu emprego, que eu trabalho só de faxina, né. Então, pra mim a vida ta sendo difícil [Maria 13, 50 anos].

[...] eu fiquei três meses trabalhando no shopping, eu passei um dia do contrato e no outro dia, quando fui pra pegar, trabalhei normal, aí quando foi outro dia, já tinha passado um dia né, quando foi no noutro dia aí minha chefe falou assim “ah o que tu ta fazendo aqui?” eu disse “ué, trabalhando” e ela “Ah não pediram pra você passar no departamento pessoal? Não falaram contigo?” eu disse assim “não, a senhora me disse que eu tinha passado no contrato!” e ela “é mas foi um engano, vai no departamento pessoal”. Daí eu fui no departamento pessoal, e o departamento pessoal mandou eu ir na Suporte né, que a firma que me mandou pra lá. Daí apareci lá e eles disseram pra mim “ah a gente não como te falar que simplesmente você não passou no contrato”, daí eu comecei a chorar né “tá mas minha chefe disse que eu tinha passado, o que que aconteceu?” daí a guria me perguntou assim, a guria que fez minha ficha, me perguntou assim “tu tem alguma doença?”, eu disse “não, só pressão alta”, “ah, então deixa assim” [Maria13, 50 anos].

Frente a sentimentos como medo da discriminação em relação à sociedade e em relação à possibilidade de novos relacionamentos, algumas mulheres preferem não revelar o diagnóstico, nem mesmo para a família.

O meu namorado morreu de HIV, todos os meus vizinhos ficaram sabendo, a minha família, no meu trabalho ficaram sabendo. Nunca disse, ah, eu tenho. O meu cunhado uma vez. – Bah, e tu hein, não ta com medo, assim, de ter? eu disse: - ah, não sei, até posso ter. Eu já sabia, mas isso há anos atrás. – ah, talvez eu até tenha, mas eu acho que não vou fazer exame. E ficou assim até hoje. Daí, ninguém... desconfia, mas como já faz tempo, porque assim, a maioria das pessoas é muito burra em relação a esse assunto, né. Então, pensam, ah, se ela ta viva até hoje, ela não tem. Olha eu tenho. Nem a minha mãe, nem os meus irmãos, amigos, nem a minha melhor amiga. Não sabe [Maria5, 50 anos].

Não. Só meus irmãos e a minha mãe (referindo-se a quem sabe o diagnóstico). Só, porque o resto, todos eles são muito preconceituoso. Bá, minha prima uma vez teve um vírus que pegou na perna dela e eles já disseram que era Aids e já ninguém mais chegou perto dela. É porque ela ficou com uma perna inchada, enorme, tomou um monte de antibiótico e

depois voltou pra casa dela normal. E mesmo assim até hoje dizem que ela tem Aids. Entendeu? E ela não tem [...] [Maria1, 34 anos].

A minha mãe, a minha vó, né, nem, nem contei. Eu tinha uma amiga bem mais velha do que eu, assim, que era da PET, né, que ela era dona dum canil e muito minha amiga e aí, eu falei pra ela, eu, eu mostrei [...], eu fiquei louca, né, imagina. Aí, ela dizia: "... se tu não contar pra tua mãe, eu vou contar, porque tu vai ter que tomar uma providência." Aí, ela contou [Maria4, 48 anos].

Não, porque eu fiquei com medo, né, assim como [...] eu mesmo tinha preconceito, que achava que eu ia morrer e achava que [...]. Ai, foi triste. Mas [...], um momento muito difícil na minha vida [Maria1, 34 anos, ao explicar porque não contou do diagnóstico mesmo para a família].

Para não revelar o diagnóstico, uma das estratégias usadas pelas mulheres, visando assim evitar discriminação, é a criação de outra condição ou patologia para justificar acompanhamento médico periódico, utilização de medicamento e realização de exames de rotina, conforme evidenciado na pesquisa.

É que eu digo que eu tenho problema na cabeça. Porque primeiro eu tomo antidepressivo, né? "É que a mamãe tá doente da cabeça, tá estressada e tem que tomar um remedinho." E ela me lembrava sempre. Às vezes, tinha dias, assim, que eu queria me matar, que eu não queria tomar remédio, aí, quando eu via ela já tava ali com remedinho na mão. E com copo d'água também, né? Então, aquilo foi me motivando cada vez mais. [Maria1, 34 anos].

Ainda que exista o medo da revelação, uma entrevistada revelou que quando o relacionamento fica sério, considera que é preciso contar o diagnóstico. No entanto, é interessante observar que para esta entrevistada, relacionamento sério é aquele que se constitui com o tempo. Apesar disso, em um relacionamento de treze anos, a mulher nunca revelou o diagnóstico, justificando que neste caso não seria um relacionamento sério, porque a pessoa era casada. Este achado reforça a dificuldade de revelação do diagnóstico até mesmo em relações mais duradouras.

Eu acho que é um grande motivo [revelar quando se tem uma relação séria]. Como alguém que já tem, que nem esse cara que eu tava namorando, esse segundo, ali, que também tem, né, é diferente. Eu até poderia, quando a coisa ficasse séria contar. Que era a minha ideia... Mesmo hoje em dia, não é assim pra pessoa aceitar. Esse aí [referindo-se a outro relacionamento anterior], esse que eu fiquei 13 anos, foi ficante, porque a gente não namorava, porque ele era casado. Então, eu nunca contei. Pra outros que eu tive, também, esse da praia, nunca confirmei. Porque eu acho até uma falta de respeito tu não contar [...] [Maria5, 50 anos].

A questão da revelação para a família acabar por não ser uma unanimidade entre as entrevistadas. Apesar de muitas mulheres não revelarem para nenhum dos membros da sua família, para outras esse ainda permanece sendo o principal ponto de apoio social.

Tinha vontade de morrer. Tinha vontade de me matar. Tinha vontade de sumir. Pensava nos meus filhos. Porque naquela época, Deus o livre ter HIV. Ah, vai morrer, porque não sei o quê, não sei o quê, porque tu não vai durar, não sei o quê. Eu to com doze anos de HIV e tô super bem. Tu ta entendendo? ... Então, naquela época, foi cruel pra mim, foi muito cruel, né? E, mas eu tinha que enfrentar. Peguei o ônibus, fui pra casa da minha irmã. No que eu cheguei na casa de minha Irma, eu disse –minha irmã, minha única irmã, né?, é com ela que eu vou conversar. Ignorante ela é, mas vou conversar com ela, né? Ela tava tomando um chimarrão, assim, e eu entrei. [Maria3 51 anos].

Frente à discriminação e a dificuldade de lidar com o diagnóstico, há também menção aos serviços de saúde como espaços de auxílio às mulheres na criação de novos vínculos, especialmente nos grupos de apoio.

Foi muito cruel, mesmo (referindo-se ao momento do diagnóstico). Eu passei uma fase muito ruim. [...] não me prostituí, não fui pras droga, não fiz, não bebi [...], né? Eu Comecei a frequentar os grupos de apoio [...]. A gente fazia chás, a gente comemorava aniversário, a gente comemorava páscoa, a gente fazia, fazia mesa, cada um levava um salgado, a gente fico muito bom, nós éramos uma família... o HIV te dá várias/ vários caminhos, pra ti. Ou te dá uma fortaleza, pra ti seguir em frente com de cabeça erguida, que foi o meu caso. Ou [...] tu te entrega as doença, né? Ele não teve carinho de ninguém, ele não teve/ não tinha família. Ele não teve NADA. E a única pessoa que ele tinha carinho era no grupo de apoio. Era o único lugar que ele gostava de frequentar. E depois do grupo de apoio fui eu [Maria3, 51 anos, relatando o papel do grupo de apoio para as pessoas que não tinham família ou que sofriam discriminação por parte da família].

[...]Sou bem atendida lá (Postão da Cruzeiro). Só eu toma os remédio direitinho, o resto [...] [Maria10, 40 anos, se referindo ao bom atendimento no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, conhecido também como postão da cruzeiro]

Em relação às situações de violência física, são raras as mulheres que buscaram a segurança pública como forma de enfrentamento, revelando a ineficiência de buscar este auxílio e necessidade de abandonar o local onde morava como estratégia para romper o ciclo da violência.

Mas uma vez só (referindo que apanhou do ex-companheiro). Por quê? Porque ele era muito ciumento e aí, eu me separei dele. Aí, quando eu me separei, ele viu que não era aquilo que [...] Aí, eu chamei a polícia, aí eu fiz um B.O., aí eu fiz não sei o quê, fiz não sei o quê. Sabe o que aconteceu? A polícia não fez nada. Ficou por isso mesmo. Dito pelo não dito. Aí, a polícia ficou com ele na minha frente, eu e ele ali. “Olha, me bateu, ele bateu aqui,

fez isso, isso e isso.” Tá, só fizeram um negocinho. “Tá, cem metro longe dela e tu não provoca ele, que não sei o quê.” “Mas eu não provoco. Tô dentro da minha casa. O cara invade a minha casa pra me bater dentro da minha casa” [...]. Foi aí que ele invadiu a minha casa. Eu vim pra cá. Quando eu não morava aqui, eu morava em Viamão. Eu tinha trabalho, tinha a minha casa, aí eu tinha tudo dentro de casa, a minha vida toda tava ali. Sozinha eu construí uma casa [Maria1, 34 anos].

Em relação ao enfrentamento da violência sexual, parece haver uma graduação de tipos de violência, e certa banalização quando não há penetração nos casos de violência sexual. No caso do relato de violência sexual citado, a entrevistada afirmou várias vezes que não houve penetração. Além da dificuldade de revelar para a mãe, também houve dificuldade de contar para a irmã mais velha, em função de suspeita que a irmã também sofria algum tipo de violência.

A gente não tem coragem de contar quando a gente é criança, né? É [...] eu nunca conversei muito assim com a minha irmã sobre isso assim. É [...] só que eu senti assim que ela repudiava ele [o padastro] assim muito, né? Então eu acho que pode ter acontecido até aí com ela [Maria9, 43 anos].

Teve um que souberam, que a minha mãe tinha no caso, ido na delegacia, foram, saíram na restinga[...]E esse negão negou tudo [...] Ficou o dito, pelo não dito. E eu fiquei com esse trauma [Maria6, 29 anos, sobre o fato de ter sido abusada sexualmente e mesmo após a mãe ter procurado ajuda na delegacia os implicados não sofreram qualquer punição].

5.3 Barreiras e facilitadores nos serviços de saúde

Ao longo da história da epidemia da Aids, vários estudos vêm relatando histórias de discriminação nos serviços de saúde (BASTOS; GARCIA, 2015, BAUMGARTEN et al., 2015; VILLELA; MONTEIRO, 2015). A discriminação em serviços de saúde não é um fenômeno restrito à epidemia do HIV/Aids. Recentemente, Baumgarten et al (2015) a partir de uma análise seccional de uma amostra com 428 indivíduos em Porto Alegre e 1.023 indivíduos em Florianópolis de usuários dos sistemas de saúde, encontraram prevalências de discriminação de 13,6% (IC_{95%}: 10,5-17,2) e 7,4% (IC_{95%}: 5,8-9,1) respectivamente nas duas cidades. Embora a prevalência de relato de discriminação em serviços de saúde não estivesse estatisticamente associada a qualquer variável na amostra de Porto Alegre, em Florianópolis-SC os indivíduos com idade superior a 30 anos, economicamente mais pobres, pretos, e fumantes, relataram maior prevalência de

discriminação. Nesse sentido, cabe destacar o perfil das mulheres incluídas neste estudo, com características similares quanto à faixa etária e questões econômicas.

Ao afirmar que a discriminação em serviços de saúde não é um fenômeno específico de mulheres vivendo com HIV/Aids, também é preciso contextualizar que há estudos que apontam que viver com HIV/Aids também está associado com situações de violência numa maior frequência do que quando comparado com as mulheres sem o respectivo diagnóstico (MAMAN, 2002; SAREEN, 2009; WERE, 2011; ZIERLER, 2000).

Em 2011, um estudo qualitativo evidenciou a relação existente entre a saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids e a estigmatização social sofrida (CARVALHO; PAES, 2011). Reconhecendo esta relação em que se afirma que a discriminação, que foi frequentemente relatada pelas mulheres, se constitui como uma barreira para o acesso aos serviços de saúde. Além das questões de discriminação abordadas neste trabalho, também há barreiras relacionadas à comunicação citadas pelas entrevistadas.

É, o problema é que esse médico não explica bem, quando eu tenho essa dúvida eu quero perguntar eu já tenho medo de perguntar pra ele. Então, eu tenho, eu queria saber assim, ah, doutor ah, se eu passar mal assim eu posso vir aqui, eu vou ter um atendimento, eu vou ter um recurso. Eu não sei. Eu tenho medo de perguntar agora, depois de tudo que aconteceu [referindo-se a um desentendimento com o médico] eu tenho medo de perguntar qualquer coisa, ele não explica bem, ele não explica e ele não te deixa à vontade [Maria9, 43 anos].

Teve uma, uma médica que me perguntou assim ó, como é que eu me contaminei? Eu contei que eu me contaminei do meu marido. E aí ela me perguntou: o teu marido é homossexual, é drogado ou é, tem uma vida assim bem (pausa)... Ele é bissexual, homossexual, sei lá que nome, que palavra que ela usou assim que é dos dois lados, né, é, ou ele é promiscuo ou ele usa droga? Assim, só tem essas 3, perguntei, juro, só tem essas 3 opções? Aí ela assim, por que? Porque não é nenhuma dessas opções. Então, ela acha, até uma médica perguntar isso, pelo amor de Deus, uma médica trabalha com isso e não tem noção, pode ter tantas outras opções. [Maria9, 43 anos]

Ai, o meu médico batia receita pra minha vó, o [...]. Aí ele disse que não. Foi estúpido comigo no primeiro dia. Ele disse assim, eu não sou o [...]! Então tá! Tu não é o [...], então tá. Aí eu não peço nada pra ele. Atestado, atestado, o [...] me dava bem dizer no dia todo, no caso. Eu não precisava ir lá pro serviço. Ir lá me despencar lá no serviço, sabe? Esse aqui me dá as horas me põe horário, tudo direitinho. Ai eu tenho que ir lá voltar a trabalhar [Maria6, 29 anos]

Apesar das situações de discriminação e barreiras identificadas pelas mulheres, também há, ainda que pouco frequentes algumas situações de

acolhimento nos serviços de saúde, que são facilitadores para a formação de vínculo. Ao considerar que as mulheres deste estudo encontram-se infectadas com o HIV, que até o momento não tem cura, cujos indivíduos possuem dificuldade de adesão aos tratamentos (SILVA; WAIDMAN; MARCON, 2009), ressalta-se que a criação de vínculo é uma importante ferramenta que pode melhorar a adesão e auxiliam as mulheres para o enfrentamento tanto da doença (LEITE et al., 2002; BRASIL, 2008) quanto para as questões de violência.

Eu fui consultar com um clínico de Viamão, pra mostrar pra clínica lá do hospital de Viamão, pra saber se o exame tava correto, porque eu não parava de chorar, o momento que eu abri o exame que eu vi, daí a doutora disse que “sim”. A doutora ficou mais de hora no consultório, conversando comigo pra eu me acalmar, me deu água, me deu tudo pra eu me acalmar, eu não conseguia me acalmar, quando a doutora disse que era possível que aquele exame, que eu poderia fazer exame por outro laboratório, mas tudo indicava que aquele exame estava correto e eu tava contaminada [Maria13, 50 anos].

A identificação de facilitadores nos serviços de saúde neste trabalho ocorreu com o propósito de exemplificar situações cotidianas que podem facilitar o vínculo e ampliar a discussão sobre acolhimento nos serviços, partindo-se da definição adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008 apud SEIDL, 2005), de que acolher é o processo de inclusão do usuário no serviço de saúde e na rede assistencial, conforme as expectativas e necessidades – percebidas ou não, contribuindo assim para um melhor enfrentamento às situações de violências e as barreiras existentes dentro dos serviços (incluindo a discriminação), a fim de atender as necessidades das mulheres, sejam as situações de violência percebidas ou não por elas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dissertação apresentada utilizou dados de um estudo de maior amplitude que foi desenvolvida com metodologia mista de pesquisa - metodologia quantitativa e qualitativa. A vantagem deste tipo de pesquisa é que o estudo quantitativo constituiu a primeira etapa do trabalho e, foi a partir de análises estatísticas, que se pôde identificar desfechos negativos de saúde (como a violência) em mulheres vivendo com HIV/Aids, que poderiam ser aprofundados na etapa qualitativa. Neste sentido, o presente trabalho também utilizou dados da etapa quantitativa e da etapa qualitativa. Os dados quantitativos foram utilizados para apontar o perfil sociodemográfico das mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas nos serviços de saúde e a frequência dos fenômenos (violência) que foram aprofundados na etapa qualitativa.

Esta dissertação revelou que as mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas nos serviços de saúde que sofreram situações de violência possuem um contexto sociocultural similar. Em geral são mulheres de baixa renda, com poucos anos de escolaridade e com trajetórias de vida marcadas por situações de violência. Estas situações de violência vividas por elas, geralmente iniciam-se nas famílias de origem, perpassando esse contexto familiar através dos laços conjugais que elas estabelecem ao longo de suas trajetórias afetivo-sexuais. Esse panorama de vida não obstante inclui o uso de álcool e outras drogas, que aumentam significativamente as chances e a frequência de episódios de violência. Há relatos de todos os tipos de violência – psicológica, física, sexual e situações de discriminação relacionadas ao HIV/Aids. Nesse sentido, em geral, as mulheres vivendo com HIV/Aids estão inseridas em um cenário de vulnerabilidade não somente relacionado à condição sorológica, mas também pelos contextos de vida que vão revelando histórias de violência ao longo de suas trajetórias. Em grande parte, parece não haver procura pelas mulheres aos serviços de saúde em busca de auxílio no enfrentamento das situações vividas. Nota-se, em sua maioria, a busca por ajuda de familiares como principal estratégia de enfrentamento destas situações e apenas em um caso foi referido a comunicação à segurança pública. Estes dados evidenciam que os serviços de saúde ainda não conseguiram alcançar o reconhecimento das mulheres como espaços terapêuticos e de acolhida que podem contribuir para o enfrentamento da violência.

Especialmente relacionado ao HIV/Aids, a discriminação ainda presente mesmo quase após quarenta anos de descoberta da epidemia, é reconhecida pelas mulheres, sobretudo havendo uma enorme preocupação em relação à revelação do diagnóstico no ambiente de trabalho. Tanto para a discriminação familiar ou social, quanto para a discriminação relacionada ao trabalho, o silêncio e a não revelação do diagnóstico se sobressaem como principal estratégia de enfrentamento ao preconceito e julgamento moral, inerentes ao comportamento de estigmatização. Conjuntamente com este silêncio, há a “criação” de outros problemas de saúde, justificando assim, perante os demais, o uso de medicamentos e o acompanhamento rotineiro em serviços de saúde. Também houve a procura de serviço especializado em outras cidades, como forma de não ser identificada no local de moradia. Em 2013 ocorreu a descentralização de atendimento ao HIV em Porto Alegre, e, atualmente o tratamento para o agravo é acompanhado pelos serviços de atenção básica. É possível que esta estratégia tenha colaborado com a diminuição do estigma e discriminação, no entanto, há necessidade de estudos adicionais.

Apesar da discriminação nos serviços de saúde ser bastante estudada, e nos últimos anos, estratégias para minimizar este comportamento venham sendo apontadas, este estudo apontou que é justamente nos serviços de saúde, local em que as mulheres deveriam receber suporte no sentido de promoção e manutenção da saúde, que se dão situações diretas e indiretas de discriminação, que envolvem o acolhimento, o diagnóstico e o tratamento cotidiano. Contudo, é importante considerar que este estudo trabalhou com a discriminação relatada, representada pela experiência das mulheres, que pode ser afetada por vieses de minimização ou amplificação do problema, dependendo das experiências individuais e percepções de cada uma.

As histórias de violência vividas por mulheres com HIV/Aids ocorrem ao longo de suas trajetórias de vida, que estão imersas num conjunto de situações socioeconômicas que apontam contextos de vulnerabilidade, como já evidenciado pela literatura. A violência contra as mulheres não é um problema só delas, mas é meu, do prezado leitor, de toda a sociedade, uma questão social entrelaçada em direitos humanos e permeado na saúde pública. Não é exclusividade dos brasileiros, está presente em países ricos e pobres, em todas as classes sociais e religiões. Devemos pensar na educação dos nossos filhos e no conceito de masculinidade que ensinamos a eles. Muitas vezes, mesmo que de forma inconsciente, transmitimos

valores ditos masculinas, enraizados em nossa sociedade, culturalmente aceitos, atrelados às atitudes machistas e violentas, tais como os educados desde o berço pela mãe que diz ao filho para parar de chorar, pois homem não chora. O movimento feminista afirma, com toda razão, que vivemos numa sociedade machista, em que as mulheres têm que se tornar àquilo que os homens desejam dela. Espero sinceramente que o presente trabalho chegue ao maior número de leitores possíveis, problematizado dentro de sala de aula, em grupos de pesquisas, conselhos de saúde e na gestão de políticas públicas. Espero que essa dissertação não circule apenas no meio acadêmico, mas que também faça parte da biblioteca das ONGs e demais instituições de amparo à mulheres vítimas de violência, e mais, espero que esta dissertação signifique algo para aqueles que estão entrando em contato com o tema pela primeira vez e possa resignificar àqueles com opiniões de cunho machistas e baseados no patriarcal.

O presente trabalho contribuiu com a discussão sobre violência em mulheres vivendo com HIV/Aids. Nesse sentido, é importante destacar que o trabalho mostrou as situações na perspectiva das mulheres que foram entrevistadas na pesquisa. Sendo assim, sugerem-se estudos adicionais que possam abordar questões de violência, em especial discriminação, na perspectiva dos serviços de saúde, de forma aprofundar a temática e produzir melhorias no atendimento destas mulheres.

Considerando-se que a violência é um fenômeno que exige abordagem intersetorial, incluindo o setor da saúde, e considerando ainda os pressupostos do Sistema Único de Saúde, espera-se que este estudo possa auxiliar no entendimento sobre as situações de violência ao qual estão expostas as mulheres vivendo com HIV/Aids, auxiliando sobretudo os profissionais de saúde no entendimento e atendimento às mulheres na perspectiva da integralidade da atenção, contribuindo para uma melhor qualidade de vida destas mulheres, em especial eliminando atitudes discriminatórias nos serviços de saúde. Para tal, propõe-se a divulgação dos resultados deste trabalho em periódicos da saúde, e para os trabalhadores e gestores dos serviços em que as mulheres foram recrutadas para o estudo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Abuso Sexual**: Guia para orientação para profissionais da Saúde. Rio de Janeiro: Autores & Agentes & Associados, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **Sexualidade e desenvolvimento**: A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo (Relatório de pesquisa). Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p.263-274, mar. 2007.

ANDRADE, Rosário Gregório; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-574, Mar. 2015.

ARREY, Agnes Ebotabe; BILSEN, Johan; LACOR, Patrick; DESCHEPPER, Reginald. Perceptions of stigma and discrimination in health care settings towards sub-saharan african migrant women living with hiv/Aids in belgium: a qualitative study. **J. Biosoc. Sci.**, p 1-19, 2016.

AYRES, José Ricardo de C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140

BASTOS, Francisco Inácio; SZWARCOWALD, Célia Landmann. **Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 65-76, 2000.

BASTOS, Francisco Inácio. **A feminização da epidemia de Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2001. (Coleção ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva, 3).

BASTOS, João Luiz; GARCIA, Leila Posenato. Discriminação nos serviços de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p.352-351, set. 2015.

BAUMGARTEN, Alexandre et al. Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p.362-353, set. 2015.

BELDIE, Alina et al. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Apr;47 Suppl 1:1-38.

BOTT, S. et al. **Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2012.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BOUSHAB, Mohamed Boushab et al. Forms of Stigma and Discrimination in the Daily Lives of HIVPositive Individuals in Mauritania. **The Open AIDS Journal**, 2017, 11, 12-17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids – DST**. Ano IV. Nº 01. Brasília: 2015. Disponível em <http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_Aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em 28 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST e Aids. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:< <http://www.Aids.gov.br/publicacao/plano-integrado-de-enfrentamento-da-feminizacao-da-epidemia-de-Aids-e-outras-dst>>. Acesso em 24 julho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Casos de Aids identificados em Porto Alegre. 2014**. Disponível em <<http://www2.Aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/rs.def> >. Acesso em 2 fev 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde**, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>. Acesso em 28 jul. 2016.

BRASIL. Presidência da Republica do Brasil. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Federal nº 10.788, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em <<http://www.soleis.adv.br/violenciacontramulher.htm>>. Acesso em 25 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da Republica do Brasil. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 12.984, de 02 de junho de 2014**. Define o Crime de Discriminação dos Portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (hiv) e Doentes de Aids. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm. Acesso em 20 jun. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário

Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.18, p.37, 26 jan. 2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Trabalho e Administração. **Portaria Interministerial n. 869, de 11 de agosto de 1992.** Proíbe, no âmbito do Serviço Público Federal, a exigência de teste para detecção do vírus de imunodeficiência adquirida, tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Vigilância do HIV no Brasil:** novas diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em 28 out 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.130 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016, v.48, n.1, 2017.

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**, v. 34, n. 2, p.207-217, abr. 2001.

BUVINIC, Maya; MORRISON, Andrew; SHIFTER, Michael. **La violencia en América Latina y el Caribe:** un marco de referencia para la acción. 1ª ed. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS The social stigmatization influence in people living with HIV/AIDS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.157-63, 2011.

CASIQUE, Leticia Casique; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Violence against women: theoretical reflections. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n.

6, p.950-956, dez. 2006.

CECCATO, Maria das Graças B. et al. Compreensão da terapia antirretroviral: uma aplicação de modelo de traço latente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p.1689-1698, jul. 2008.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth. HIV e violência contra mulheres: estudo município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.37, n.4-5, p.287-92, 2015.

CHONG VILLARREAL, Francisco et al. Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/sida: Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas. **Estud. front**, Mexicali, v. 13, n. 25, p. 31-55, jun. 2012.

COSTA, Anna Paula Serejo da; OLIVEIRA, Dannielly Azevedo de; RODRIGUES Máisa Paulino; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Violência doméstica e abuso de álcool e drogas na adolescência. **Revista Ciência Plural**. 2015;1(2):48-56.

COUTO, Marcia Thereza; GOMES, Romeu. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p.2569-2578, out. 2012.

DANIEL, H. A terceira epidemia: o exercício da solidariedade. In: DANIEL, H.; PARKER, R. (org.). **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. São Paulo: Iglu; 1991. p. 13-30.

DARLINGTON, Caroline; HUTSON, Sadie P. Understanding HIV-Related Stigma Among Women in the Southern United States: A Literature Review. **AIDS Behav** (2017) 21:12-26

DESCLAUX, Alice; Boye. S.; Taverne, B. The social relegation of widows living with HIV in the time of ART in Senegal. **Bull Soc Pathol Exot** 2014;107(4): 273-8.

FERREIRA, Rosana C. M.; FIGUEIREDO, Marco Antonio de C. Reinserção no mercado de trabalho: barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/Aids. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.39, n.4, p.591-600, out./dez. 2006.

FEYISSA, Garumma; ABEBE, Lakew; GIRMA Eshetu; WOLDIE Mirkuzie. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. **BMC Public Health** 2012, 12:522.

FREITAS, Julyana Gomes de et al. Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 46, n. 3, p.720-726, jun. 2012.

GALVÃO, Jane. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos antirretrovirais: privilégio ou um direito?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p.213-219, fev. 2002.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/Aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p.9-20, dez. 2010.

GAUSSET, Quentin; MOGENSEN, Hanne Overgaard, YAMEOGO Wambi Maurice, BERTHÉ, Abdramane, KONATÉ, Blahima. The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso. *Soc Sci Med* 2012; 74(7): 1037-44.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 40, n. 1, p.99-106, fev. 2006.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 158p.

GROSSMAN, C. I.; STANGL, A. L. Global action to reduce HIV stigma and discrimination. **Journal of the International AIDS Society**, n. 16, Suppl 2, p. 1-6, nov. 2013.

HAILE-MARIAM, T.; SMITH, J. Domestic violence against women in the international community. **Emerg. Med. Clin. North Am.**, v.17, n.3, 617-30, 1999.

KOETZ, Ana Paula Messa. **Violência contra mulher vivendo com HIV/AIDS usuária dos serviços de atendimento especializado em DST/AIDS de Porto Alegre**. 2014. 88 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

KRONBAUER, José Fernando Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 5, p. 695-701, Oct. 2005 .

LEITE, José Carlos de Carvalho et al. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p.121-133, 2002.

LIMA, Márcia de; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 3, p. 947-960, Dec. 2013 .

LUNZE, Karsten et al. HIV Stigma and Unhealthy Alcohol Use Among People Livingwith HIV in Russia. *AIDS Behav*.

MAHAJAN, A.P. ; SAYLES, J.N.; PATEL, V.A. et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. **AIDS** 2008; 22(Suppl 2): S67-79.

MAMAN, Suzanne et al. A comparison of HIV stigma and discrimination in five international sites: The influence of care and treatment resources in high prevalence settings. **Social Science & Medicine**, v. 68, n. 12, p.2271-2278, jun. 2009.

MAMAN, Suzanne et al. HIV-Positive Women Report More Lifetime Partner Violence: Findings From a Voluntary Counseling and Testing Clinic in Dar es Salaam, Tanzania. **American Journal of Public Health**, v.92, n.8, p.1331-1337, 2002.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. W. **A AIDS no Mundo**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993.

MARINHEIRO, André Luis Valentini; VIEIRA, Elisabeth Meloni; SOUZA, Luiz de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 40, n. 4, p.604-610, ago. 2006.

MASSIGNAM, Fernando Mendes; BASTOS, João Luiz Dornelles; NEDEL, Fúlvio Borges. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p.544-541, set. 2015.

MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Naomi. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 45, n. 3, p.564-574, jun. 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.46, p.523-533, 2013.

MENEZES, Telma Cursino et al. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 5, p.309-316, jun. 2003.

MILLER, Mary Susan. **Feridas Invisíveis: abuso não-físico contra mulheres**. São Paulo: Summus, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 3, p. 513-531, Nov. 1997 .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p.7-18, 1994.

MONTEIRO, Simone et al . The dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, e00122215, 2016 .

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza Vieira; KNAUTH, Daniela. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 170-176, jan. 2012.

NATIVIDADE, J. C.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre AIDS. **Paidéia**, v.21, n.49, 165-174, 2011.

OLIVEIRA, A.; COSTA, M.; SOUSA, E. FEMICÍDIO E VIOLÊNCIA DE GÊNERO: ASPECTOS SÓCIOJURÍDICOS. **TEMA - Revista Eletrônica de Ciências**. América do Norte, 16, apr 2016.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/sida y el mundo del trabajo**. Geneva: OIT, 2001. Disponível em <<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/Aids/pdf/acodesp.pdf>> Acesso em 01 ago 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/Aids e o mundo do trabalho. 2.ed. Brasília: OIT, 2004. 84 p. Disponível em <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_Aids/documents/publication/wcms_113836.pdf>. Acesso em 01 ago 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/Aids e o mundo do trabalho. 3.ed. Brasília: OIT, 2010. Disponível em <http://www.oit.org.br/sites/default/files/topic/hiv_Aids/pub/repertorio_hivAids_2010_278.pdf>. Acesso em 01 ago 2017.

OUEDRAOGO, T.L., OUEDRAOGO, A. ; OUEDRAOGO, V. ; KYELEM, N. ; SOUBEIGA, A. Infection à VIH et modifications des relations sociales: étude auprès de 188 personnes infectées par le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso). **Cahiers Sante** 2005; 15(4): 253-7.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e Aids**. Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, n. 1. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and Aids-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 1, p. 13-24, 2003.

PARKER, Richard; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. S89-S102, 2000.

PAULILO, M.A.S.; BELLO, M.G.D. Jovens no contexto contemporâneo: vulnerabilidade, risco e violência. **Ser. Soc. Rev.**, v.4, n.2, 2002.

PERES, M.F.T. Homicídios, risco e vulnerabilidade: para uma discussão da dinâmica da vitimização por homicídios. In: CRUZ, M.V.G.; BATITUCCI, E.C. (Orgs.). **Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007. p.125-39.

PFEIFFER, Luci; SALVAGNI, Edila Pizzato. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p.197-204, nov. 2005.
PILECCO, Flávia Bulegon. **Aborto provocado em mulheres vivendo com HIV/Aids**. 2014. 191 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em

Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PORTELA, Margareth Crisóstomo; LOTROWSKA, Michel. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, supl. p. 70-79, Apr. 2006.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf >. Acesso em 24 jul. 2016.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. L. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Psicologia e Saúde**, v.3, n.1, p.52-59, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. PROCERGS. Departamento de Gestão Operacional. Secretaria de Segurança Pública. Departamento de Estatística Criminal. **Documento gerado por solicitação da pesquisadora em 2014 a partir de dados da SSP**. Rio Grande do Sul: Secretaria de Segurança Pública, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS). **Plano estadual de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST no Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul: Secretaria de Saúde, 2008. Disponível em <https://portais.ufg.br/uploads/16/original_pplgibt-85.pdf>. Acesso em 25 jul. 2016.

ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana; LYRA, Jorge. Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 11, p.119-41, mai/ago 2013.

RUJUMBA, Joseph et al. "Telling my husband I have HIV is too heavy to come out of my mouth": pregnant women's disclosure experiences and support needs following antenatal HIV testing in eastern Uganda. **Journal of the International AIDS Society** 2012, 15:17429.

RUOTTI, Caren; MASSA, Viviane Coutinho; PERES, Maria Fernanda Tourinho. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 377-389, June 2011.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernandez; LUCIO, Maria Del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Naila J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p.321-333, 2009.

SAREEN, Jitender; PAGURA, Jina; GRANT, Bridget. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? **General Hospital Psychiatry**, v. 31, n. 3, p.274-278, maio 2009.

SCHEFFER, M.; SALAZAR, A.; GROU, K. O remédio via Justiça - Um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/Aids no Brasil por meio de ações judiciais. Brasília: Ministério da Saúde, 136 p., 2005.

SCOTT, Joan. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. **Educação e Realidade**. 20 (2), p.71-99, 1995.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela e PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun. 2013.

SILVA, Ana Lúcia Cardoso Nogueira da; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; MARCON, Sônia Silva. Adesão e não adesão à terapia antirretroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p.213-220, abr. 2009.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto a vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev. Esc. Enfem. USP**, São Paulo, v. 43, n, 2, p. 401-406, 2009.

SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p.93-103, abr. 2007.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1797-1806, ago. 2009.

SOUZA, Hugo Leonardo; CASSAB, Latif Antônia. Feridas que não se curam: A violência psicológica cometida à mulher pelo companheiro. Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. AIDS: O mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS (ed.). **A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e Tendências**. Brasília: Ministério da Saúde, 997. p. 27-44.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos et al. Factors associated with post-diagnosis pregnancies in women living with HIV in the south of Brazil. **Plos One**, San Francisco, v. 12, n. 2, 21 fev. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319676/>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

TEIXEIRA. Luciana Barcellos. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/AIDS no Sul do Brasil. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. UFRGS, 2012.

UNAIDS. Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV. **Finding solutions for everyone at every stage of life**. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 20 Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Switzerland. 2016.

UNAIDS. **Global Report**: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: WHO, 2013. Disponível em <http://www.unAids.org/en/media/unaiUNAIDSds/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf>. Acesso em 28 de jul. 2016.

VIEIRA, Letícia Becker et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 3, p. 366-372, June 2014.

VIEIRA, Luiz Henrique; SILVA, Leda Maria M. da. **Discriminação do portador de HIV/Aids no ambiente de trabalho: análise jurisprudencial**. Revista Jurídica Cesumar - Mestrado, v. 11, n. 1, p. 115-144, jan./jun. 2011.

VILLELA, Wilza Vieira et al . Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1709-1719, July 2012 .

VILLELA, Wilza Vieira; MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/Aids entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 531-540, set. 2015.

VORASANE, Savina et al. An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR. *BMC Health Services Research* (2017) 17:125.

WATTS, Charlotte; ZIMMERMAN, Cathy. Violence against women: global scope and magnitude. **The Lancet**, v. 359, n. 9313, p.1232-1237, abr. 2002.

WERE, Edwin et al. A prospective study of frequency and correlates of intimate partner violence among African heterosexual HIV serodiscordant couples. **Aids**, v. 25, n. 16, p.2009-2018, out. 2011.

WHIFFEN, Valerie E.; MACINTOSH, Heather B.. Mediators of the Link between Childhood Sexual Abuse and Emotional Distress. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 6, n. 1, p.24-39, jan. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women**: a priority health issue. Geneva, 1997. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm> Acesso em 15 jun.

2016.

ZAMPIERE, A. M. F. **Sociodrama construtivista da AIDS**: método de construção grupal na educação preventiva da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. São Paulo: Psy; 1996.

ZIERLER, S. et al. Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care. **Am J Public Health**, v.90, n.2, p.208-215, 2000.

ZUCCHI, Eliana Miura et al. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids. **Educação e Pesquisa**, v. 36, n. 3, p.719-734, dez. 2010.

ZUCCHI, Eliana Miura; PAIVA, Vera Silvia Facciolla; FRANCA JUNIOR, Ivan. Intervenções para reduzir o estigma da Aids no Brasil: uma revisão crítica. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1067-1087, dez. 2013.

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

A) Apresentação e família

- 1 Para começar, eu gostaria que você contasse um pouco da sua história e onde você nasceu?
2. Família de origem: explorar contexto familiar na infância e adolescência; se os pais ou responsáveis viviam juntos; profissão e escolaridade; presença de contextos de violência intrafamiliar; até quando morou com os pais ou responsáveis e porque deixou de morar.
3. Onde e com quem mora hoje? Como é a relação com os demais que moram juntos.
4. Você tem filhos? Quantos? Qual idade deles? Explorar contextos de nascimento antes e depois do diagnóstico.
5. Explorar cada gravidez (planejada ou não planejada).

B) Infecção pelo HIV

- 6 Eu gostaria de conversar sobre o momento em que você soube do diagnóstico de HIV. Como ficou sabendo? Como acha que pegou?
7. Nos serviços de saúde que frequentou desde a descoberta do diagnóstico, recebeu apoio e orientações sobre a doença e sobre prevenção (de como se pega e não se pega o vírus)? Explorar contexto dos serviços, quais serviços, tipos de orientações recebidas e identificar quais profissionais (psicólogos, médicos, enfermeiros, etc) que forneciam informações e apoio.

C) Contracepção e Aborto

8. Explorar métodos contraceptivos utilizados antes do diagnóstico do HIV e depois do diagnóstico.
9. Atualmente, você utiliza algum método contraceptivo? Explorar os métodos utilizados, a frequência, a decisão pelo método utilizado (se o parceiro não concorda em utilizar algum método específico).
10. Você já passou por algum aborto? Explorar o contexto de cada situação (aborto espontâneo, aborto induzido. Se foi aborto induzido, motivo que levou à realização do aborto, relação com o diagnóstico de HIV).

D) Pílula do dia seguinte

11. Você já ouviu falar em pílula do dia seguinte ou contracepção de emergência? Já utilizou alguma vez? Explorar o contexto (como conseguiu, se ela se automedicou, usou por orientação médica, com que frequência já utilizou, quantos dias depois da relação sexual ela utilizou, como se sentiu).

E) Violência

12. Para quem contou que tem o vírus e como foram as reações destas pessoas? Explorar contexto familiar e relação com parceiro na época que descobriu o diagnóstico.

13. Se ela tem parceiro atual, ele sabe do diagnóstico? O parceiro também tem HIV (sim, não ou não sabe)? Explorar se contou ou não ao parceiro atual e as razões da decisão e consequências.

14. Explorar situações de agressão psicológica, física ou sexual.

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessas cidades.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar uma das pesquisadoras responsáveis: Daniela Riva Knauth ou Luciana Barcellos Teixeira, pelo telefone: (51) 33085461.

Declaração de consentimento:

Eu fui convidada e aceitei participar desta entrevista. Li as informações acima ou estas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de perguntar tudo que eu queria saber sobre o estudo e obtive respostas satisfatórias. Eu entendi o motivo deste estudo, os procedimentos e os riscos e benefícios desses procedimentos.

Nome por extenso

Assinatura

Data

ANEXO 3 - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**

pro*~~pesq~~

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008216

Título : Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids

Pesquisador (es)

NOME	PARTICIPAÇÃO	EMAIL	FONE
ALVARO VIGO	PESQUISADOR		
DANIELA RIVA KNAUTH	PESQUISADOR RESP		
LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA	PESQUISADOR		
FLÁVIA BULEGON PILECCO	PESQUISADOR		

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS na reunião nº 62, ata nº14 de 17/12/2009 por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta - feira , 18 de dezembro de 2009


 JOSÉ ARTUR BOGO CHIES
 Coordenador do CEP-UFRGS

Bruno Cassel Neto
 Vice-Pró-Reitor de Pesquisa
 PROPESQ/UFRGS