



Agnês Raquel Camisão Silva

**PERCEPÇÕES DE GESTANTES NEGRAS COM HIV SOBRE A
DISCRIMINAÇÃO RACIAL E DE SOROPOSITIVIDADE**

Campinas

2013



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas**

AGNÊS RAQUEL CAMISÃO SILVA

**PERCEPÇÕES DE GESTANTES NEGRAS COM HIV SOBRE A
DISCRIMINAÇÃO RACIAL E DE SOROPOSITIVIDADE**

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna Agnês Raquel Camisão Silva e orientada pela Profa. Dra. Maria Helena Baena De Moraes Lopes.

Assinatura da Orientadora

**Campinas
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402

Si38p	<p>Silva, Agnês Raquel Camisão, 1963- Percepções de gestantes negras com HIV sobre a discriminação racial e de soropositividade/Agnês Raquel Camisão Silva - Campinas, SP: [s.n.], 2013. Orientadora: Maria Helena Baena de Moraes Lopes Dissertação(Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Origem étnica e saúde. 2. Saúde da Mulher. 3. Preconceito. 4. Grávidas I. Lopes Maria Helena Baena de Moraes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p>
-------	---

Informações para a Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Perceptions of pregnant women with HIV black on racial discrimination and seropositivity

Palavras-chave em inglês:

Ethnicity and health

Women health

HIV

Prejudice

Pregnancy

Área de Concentração: Enfermagem

Titulação: Mestra em Enfermagem

Banca Examinadora:

Maria Helena Baena de Moraes Lopes (orientadora)

Acácio Sidinei Almeida Santos

Rosângela Higa

Data da Defesa: 16-07-2013

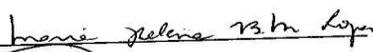
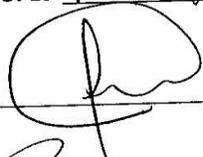
Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: Agnês Raquel Camisão Silva

1.1.1.1 Orientadora: Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Membros:

1. PROF(A). DR(A). MARIA HELENA BAENA DE MORAES LOPES 
2. PROF(A). DR(A). ACÁCIO SIDINEI ALMEIDA SANTOS 
3. PROF(A). DR(A). ROSANGELA HIGA 

**Curso de Pós-Graduação em Ciências da Cirurgia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 16/072013

Dedico este trabalho...

... Dedico este trabalho a Deus, bondoso e fiel que em todo tempo me deu gratuitamente sua misericórdia, graça e sabedoria.

Agradecimentos

Meu muito obrigada!

- *Ao meu esposo Obadias, pelo incentivo durante a jornada.*
- *À todas as mulheres negras que lutam, batalham e mesmo cansadas continuam lutando, dentre essas minha mãe, tias e avós que sempre foram incansáveis nesta incessante luta pela vida e cuidado de cada um de nós seus filhos, sobrinhos e netos. Louvo a Deus por suas vidas.*
- *À minha irmã Dagmar, que militou no movimento negro por muito tempo e que por seus relacionamentos me levou a conhecer muitos militantes.*
- *À minha prima Amália por seu envolvimento com ensino da língua inglesa, espanhola e francesa à crianças, adolescentes e adultos negros, para que eles sejam capacitados e empoderados para o mercado de trabalho.*
- *Aos meus pais sempre cuidadosos e amorosos, que compreenderam os grandes momentos de ausência, quantos almoços perdidos, mas valeu.*
- *Aos meus irmãos Bolivar, Irene, minha cunhada Lúcia, meus cunhados Jose Roberto e Mauricio pelas palavras de ânimo e pelas orações incessantes.*
- *Aos meus sobrinhos Simone, Kassiano Kaio e Nicolly que eu amo muito.*
- *À minha querida Pra. Sônia Ináya Martins, que em todo tempo me incentivou e me deu ricas e preciosas palavras de sabedoria.*
- *À minha querida amiga Silvia e sua mãe D. Maria que partiram e deixaram imensasa saudades.*
- *À minha amada e querida amiga Iasmine Pereira e sua filha Lívia, obrigado porque vocês sempre acreditaram em mim, Deus as abençoe por suas orações e incentivos.*
- *Aos meus queridos amigos Fabiana e Valdoni que em tudo me apoiaram e tem apoiado até aqui.*

- *À minha preciosa amiga Sandra Lúcia Pereira pelo ânimo dispensado a mim em cada etapa desta pesquisa.*
- *Aos meus amigos Analú Correa e Caetano, fomos unidos pela vida de forma graciosa, no Continente Africano e esta amizade tem se estreitado a cada dia.*
- *A querida Bel por me ajudar a desvelar os caminhos da informática.*
- *À minha orientadora, e “mãe” Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, pelas suas sábias palavras e generosidade. Por ter me incentivado e me dado liberdade para realizar esta pesquisa, sem isto não haveria possibilidade de realizar este trabalho. Que as bênçãos de Deus continuem sobre a sua vida a cada anoitecer e a cada amanhecer.*
- *À enfermeira Zoraide Gregório, pela generosidade e bondade que dispensou a mim em todas as vezes que estivemos juntas ao longo destes dois anos, quanta cumplicidade.*
- *As minhas “irmãs” e “irmão” mais velho, Rodrigo, Ana Carolina, Marcella Victal, Flávia Souza e as irmãs mais novas Maria do Carmo, Mariana e Silvia. Família querida estendida, quanta ajuda, amor e palavras boas ao longo da caminhada.*
- *Aos meus amigos Franklin, Márcio Sussumu e Sabrina, obrigada pela amizade.*
- *A Professora Antonieta e a Professora Inês Monteiro muito queridas sempre me incentivando com boas palavras.*
- *As queridas e companheira Rosângela Higa, Fátima Bottcher e Cássia Varga pelas contribuições fundamentais, desprendendo do tempo, finais de semana e ainda organizando jantares e almoços regados de muito estudo, meu muito obrigado.*
- *Ao Professor Egberto Turato, Debora Bicudo e toda equipe do laboratório de pesquisa Clínico Qualitativa pelas preciosas e boas contribuições.*
- *Às pacientes que participaram do estudo, pois sem o consentimento delas esta pesquisa não seria possível.*

Epígrafe

“Até aqui nos ajudou o Senhor”.

I Samuel 7:12

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAISM	Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde

Lista de Quadros e Tabelas

Tabela 1	ARTIGO 1	Página
	Distribuição dos artigos segundo autor principal, formação profissional, título, ano de publicação, local de estudo e tipo de preconceito. Campinas, 2013.	36

Quadro 1	ARTIGO 2	Página
	Característica da amostra: Dados sociodemográficos. 2013.	54

Quadro 1	ARTIGO 3	Página
	Característica da amostra: Dados sociodemográficos. 2013.	72

Sumário

Epígrafe	xi
Lista de Quadros e Tabelas	xv
Resumo	xix
Abstract	xxiii
1. Introdução	25
1.1. APRESENTANDO O TEMA	25
1.2. CONCEITUANDO TERMOS	26
1.3 CONTEXTUALIZANDO O RACISMO	30
1.4. PANORAMA DO HIV/ AIDS	32
1.5. A MULHER NEGRA	34
2. Objetivos	39
2.1. OBJETIVO GERAL	39
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3. Publicações	41
3.1. ARTIGO 1.	41
3.2. ARTIGO 2	61
3.3. ARTIGO 3	81
4. Discussão Geral	103
5. Conclusões	105
6. Referências Bibliográficas	107
7. Anexos	113
7.1. ANEXO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA	113
7.2. ANEXO 2: SUBMISSÃO DO ARTIGO	115

7.3. ANEXO 3: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	116
7.4. ANEXO 4: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	117
7.5. ANEXO 5: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	118
8. Apêndices.....	119
8.1. APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119

Resumo

O objetivo deste estudo foi compreender as vivências e significados da discriminação racial e soropositividade para gestantes negras com HIV. Foram objetivos específicos verificar na literatura brasileira atual as discriminações vivenciadas pela mulher; conhecer como preconceitos relativos à discriminação racial e à soropositividade são vivenciados e identificar os significados da discriminação racial e da soropositividade para estas gestantes. Inicialmente foi realizada uma revisão integrativa da literatura nacional sobre publicações que abordavam o preconceito contra a mulher, de 2008 a 2012. Foram encontrados oito artigos sobre o tema e estabelecidas quatro categorias, a saber: preconceito contra raça/etnia, preconceito contra a homossexualidade feminina, preconceito de gênero e preconceito contra situações de saúde/doença. Para pesquisa de campo utilizou-se o Método Clínico - Qualitativo com tamanho amostral estabelecido por saturação dos dados e a amostra foi composta por nove gestantes com idade entre 21 e 34 anos de idade que se autodeclaram negras. As entrevistas semidirigidas foram realizadas individualmente, gravadas e literalmente transcritas pela pesquisadora. Utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo com base nos recursos psicossociais que possibilitaram a eleição de cinco categorias: (1) Mudança de vida; (2) Angústia; (3) Castigo; (4) Negação; (5)

Frustração. Foram também estabelecidas categorias *a priori*: Significado discriminação racial; Significados da soropositividade e Significados do duplo preconceito. Os artigos estudados, de maneira geral, discutem o preconceito racial contra a mulher; os profissionais de saúde são apresentados como detentores do saber e como aqueles que decidem sobre a terapêutica a ser utilizada sem serem questionadas sobre a intervenção; e mostram que nos serviços de saúde recebem tratamento injusto, descortês e humilhante, portanto, a discriminação racial e de gênero fazem com que as mulheres negras não acessem ou permaneçam nos serviços de saúde. As mulheres negras, grávidas e com HIV entrevistadas revelaram que passam por várias mudanças em suas vidas, buscam viver o presente isoladamente e tem medo da morte; neste momento sua motivação para viver é cuidar-se para cuidar do outro. Elas deixavam transparecer angústia em relação da possibilidade de transmitir vírus do HIV para seu filho. Por terem levado uma vida sexual desregrada devem “pagar” por tantos desatinos e sentem terem sido castigadas com o HIV. Algumas mulheres relataram nunca ter percebido o preconceito por ter HIV ou por ser negra, e descrevem como algo absolutamente normal, evidenciando a negação como uma forma de autodefender-se. Uma vez que não poderiam amamentar devido à infecção pelo HIV, temem por um distanciamento afetivo com seu filho. Concluem-se os profissionais da área da saúde necessitam ser preparados para lidar de forma humanizada com esta população. O preconceito, seja ele de que forma for, é algo muito cruel para as pessoas, uma vez que vivenciar o preconceito por muito tempo pode gerar dor, angústia e levar ao adoecimento, como as doenças psicológicas.

Os constrangimentos são percebidos durante toda a vida, seja pela cor da pele ou pelo estigma da doença. Muitas vezes o silêncio pareceu uma forma de defesa; ao referir ser uma 'negra normal', demonstram que é muito difícil "ser normal" diante desta sociedade que permite tais situações.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Enfermagem – Saúde da Mulher.

Palavras-Chave: Origem Étnica, e Saúde, Saúde da Mulher, HIV, Preconceito, Gravidez

Abstract

The aim of this study was to understand the experiences and meanings of racial and seropositivity among black pregnant women with HIV. The specific objectives verify current Brazilian literature discrimination experienced by women; know how preconceptions concerning racial discrimination and seropositivity are experienced and identify the meanings of racial discrimination and seropositivity for these women. Initially a integrative review of the literature on publications that addressed the prejudice against women, 2008-2012. We found eight articles on the topic and set four categories, namely: prejudice against race / ethnicity, prejudice against female homosexuality , gender bias and prejudice against any health / disease. For field research used the Clinical - Qualitative Method with sample size established by data saturation, and the sample was composed of nine pregnant women aged between 21 and 34 years old who declare themselves black. The semi-structured interviews were conducted individually, recorded and transcribed verbatim by the researcher. We used the technique of thematic content analysis based on psychosocial resources that enabled the election of five categories: (1) Change of life, (2) Anguish, (3) Punishment, (4) Denial, (5) Frustration. We also established a priori categories: Meaning racial discrimination; Meanings of seropositivity and Meanings double prejudice. The articles studied, in general, discuss racial

prejudice against women, healthcare professionals are presented as holders of knowledge and how those who decide on the treatment to be used without being questioned about the intervention, and show that the services health receive unfair treatment , impolite and humiliating, so the racial and gender make black women do not access or remain in the health services . Black women, pregnant and HIV interviewed revealed that undergo several changes in their lives, seek to live this alone and afraid of death, this time their motivation for living is to take care to look after the other. They betrayed anxiety about the possibility of transmitting the HIV virus to her child. For taking a life unbridled sex should "pay" for so many follies and feel they have been punished with HIV. Some women reported ever having perceived bias by having HIV or being black, and describe as something absolutely normal, showing the denial as a way to defend itself. Since it could not breastfeed due to HIV infection, fear for a distance affective with his son. Concludes the health professionals need to be prepared to deal in a humane way with this population. Prejudice, be it in any way, is something very cruel to people, since experience prejudice long can generate pain, distress and lead to diseases such as psychological diseases. The constraints are perceived throughout life, either by skin color or the stigma of the disease. Often the silence seemed a defense, to mention being a ' black normal', demonstrate that it is very hard to be "normal" before this society that allows such situations.

Line of research: Process of nursing care – Women´s Health.

Key-Words: Ethnicity and Health, Women´s Health, HIV, Prejudice, Pregnancy.

1.Introdução

1.1. Apresentando o tema

A ideia do presente estudo se deu quando uma enfermeira nos relatou que, durante o atendimento a um grupo de gestantes, havia presenciado a conversa de duas pacientes, uma branca e outra negra. A gestante branca estava inquieta sobre o fato de ser HIV positiva e com medo de sofrer discriminação daquele momento em diante, mas a gestante negra respondeu que ela já sofria discriminação por ser negra e o fato de ser HIV positiva iria somente dificultar ainda mais a sua vida, pois daquele momento em diante ela sofreria uma dupla discriminação.

Essas inquietações vieram ao encontro do meu desejo de estudar a discriminação racial na saúde da mulher porque acredito que conhecer a vivência de gestantes negras com HIV, por exemplo, poderia evidenciar aspectos de vulnerabilidade e preconceito que justificariam considerar a aplicação do quesito raça/ cor na assistência de saúde individualizada e integral a esse grupo de mulheres.

1.2. Conceituando termos

Racismo é caracterizado por variadas manifestações relacionado a interesses de um grupo social. Envolve ideologias racistas, atitudes fundadas em preconceitos raciais, comportamentos discriminatórios, disposições estruturais e práticas institucionalizadas que conferem características negativas a determinados padrões de diversidade e significados sociais negativos aos grupos que os detêm, resultados em desigualdade racial, assim como a noção enganadora de que as relações discriminatórias entre grupos são moral e cientificamente justificáveis (1).

Preconceito é um conjunto de crenças e valores preconcebidos e aprendidos, sem razão objetiva ou refletida, que leva um indivíduo ou grupo a alimentar opiniões contrário ou a favor sobre determinados grupos, antes de ter uma experiência com estes. Relações raciais referem-se a aspectos negativos de um grupo transmitir ou suscitar visões hostis a respeito de outro, distinguível com base em generalizações (1).

Discriminação racial é a expressão ativa ou comportamental do racismo e do preconceito racial. O preconceito e o racismo são modos de ver, representações sobre determinadas pessoas ou grupos sociais racializados. Concebe ações em que essas representações se apresentam por práticas sociais cotidianas, gerando situações de desvantagem e desigualdades entre seguimentos populacionais envolvidos. Manifestando-se de forma intencional ou não, seja por meio de rótulos pejorativos, ou até mesmo pela negação do

acesso aos bens públicos e constitucionais, como saúde, educação, justiça, habitação, participação política entre outros (1).

No Brasil, o *mito da democracia racial* corresponde à construção imaginária da vivência harmoniosa entre grupos racializados. Trata-se de uma ideia largamente difundida por representantes de governo, intelectuais, meios de comunicação e reproduzida largamente entre a população desde o final do século XIX. Tendo Gilberto Freire dentre aqueles que mais fomentaram esta ideia de que os senhores e escravos tinham uma relação harmoniosa (2).

A classificação racial preto e pardo é entendida como conjunto de categorias em que os sujeitos da classificação podem se incluir. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utilizam, desde 1990, cinco categorias sendo elas: branca, preta, parda, amarela e indígena. Estatisticamente, pretos e pardos se distinguem dos brancos, mas em relação ao indicador de situação ou posição social pouco difere entre si. Por isso com base nessa classificação, é possível empregar a categoria negra, a qual se soma pretos e pardos, possibilitando se referir aos descendentes africanos no Brasil. Essa categoria é utilizada pelo movimento negro, que considera ser preto ou pardo apenas cores, enquanto que “negro” se refere à raça negra, em sua dimensão social (3).

O *quesito cor* é um instrumento voltado à atribuição de cor a partir da lista de categorias padrão já citada utilizada pelo IBGE em seus questionários e formulários. Sua inclusão em documentos oficiais, bancos de dados e sistemas de informação usados no Brasil é resultante do trabalho de pesquisadores das

áreas de demografia e saúde, técnicos do IBGE e militantes do movimento negro. Passou a ser utilizado no campo da saúde em 1996, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Em 2000, foi incluído no Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN) (4).

Movimento negro é um conjunto de organizações e instituições dedicadas a defender e a promover os direitos de mulheres e homens negros no contexto da luta contra o racismo, formado por um conjunto de diversas entidades não governamentais (5).

Autodeclaração de cor é o procedimento utilizado para a construção de registros estatísticos. A identificação racial pode ser opcional, de escolha e contextual, e depende da forma como a informação é solicitada e da repercussão social e econômica, ou seja, quais benefícios e prejuízos isso poderá implicar. O indivíduo precisa declarar qual é a sua raça/cor, não podendo ser feito pelo olhar do outro (6).

Racismo institucional é quando as instituições e organizações atuam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Está no cotidiano institucional, inclusive na implantação efetiva de políticas públicas, gerando desigualdades e iniquidades. Como demonstram as estatísticas do IBGE, está presente na educação, na cultura, no trabalho, na saúde e deve ser analisado sob aspectos socioeconômicos, antropológicos, culturais e psicológicos, para que sejam formuladas políticas para sua eliminação (7).

Estigma é entendido como um atributo negativo, ele é inculcado nas pessoas que, por sua vez e em virtude de sua diferença, entendem-se como negativamente desvalorizadas na sociedade (8).

Vulnerabilidade é habitualmente utilizada para indicar suscetibilidades das pessoas a problemas de saúde, podendo se apresentar em três dimensões: individual, social e institucional ou programática (9):

- *Vulnerabilidade individual* está associada a comportamentos que criam oportunidades de adoecer em diversas situações. Depende do grau da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, e a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu dia a dia, e também a possibilidade de transformar suas práticas;
- *Vulnerabilidade social* está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recurso, condições de influenciar em decisões políticas, possibilidade de enfrentar obstáculos culturais, entre outros;
- *Vulnerabilidade institucional ou programática* associa-se a aspectos de compromisso das autoridades com o enfrentamento dos problemas, ações propostas e implantadas por essas autoridades, articulação interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho, dentre outras).

1.3 Contextualizando o Racismo

Brasil foi o último país a abolir a escravidão, e não criou nenhuma política pública para reparar esta condição, isso fez com que até os dias atuais existam muitas desigualdades em relação à população negra. A abolição não livrou os negros da exclusão e discriminação; a estes também lhe foram negadas condições dignas de vida que persistem até os dias de hoje por meio de práticas racistas. Portanto, para lutar contra o racismo é preciso reconhecer que ele existe, evitando que se perpetue o mito da democracia racial, onde se faz de conta que ele não existe (2).

No Brasil o movimento negro continua tendo um papel preponderante na história da luta contra a discriminação racial e tem como premissa resolver problemas na sociedade oriundos do preconceito e das discriminações raciais, que levam a marginalização no mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social e cultural (5).

O preconceito tem sido objeto de análise dos cientistas sociais no Brasil, especialmente para discutir e refletir sobre o impacto que esses fenômenos produzem na dinâmica das relações sociais (10).

O Censo 2010 confirma mudanças na composição racial brasileira, e indica que a população negra compreende a maioria. No Brasil, negros são aqueles que se autodeclaram como pardos e pretos, correspondem a 96,7 milhões de indivíduos, perfazendo um total de 50,7% dos habitantes brasileiros. Estudos confirmam que, mesmo com esta significativa participação da população negra na sociedade brasileira e do aumento do autorreconhecimento

racial, o racismo e o preconceito ainda têm importante influência na vida das pessoas, em todos os campos das relações sociais. Portanto, desconstruir o racismo e promover a igualdade racial continua sendo um desafio à democracia brasileira (11).

De acordo com o princípio de integralidade, universalidade e equidade no SUS, a saúde é um direito de todos e o poder público deve provê-la de forma integral por meio de ações e serviços de saúde a todos que deles necessitem, levando em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos, mesmo que estejam em minoria em relação total da população e tendo como objetivo reduzir as disparidades sociais e regionais do país (12).

Mesmo o SUS priorizando estes princípios, é possível detectar o racismo institucional, ou seja, instituições e organizações atuam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Está no cotidiano institucional, inclusive na implantação efetiva de políticas públicas, gerando desigualdades e iniquidades. Como demonstram as estatísticas do IBGE, está presente na educação, na cultura, no trabalho, na saúde e deve ser analisado sob aspectos socioeconômicos, antropológicos, culturais e psicológicos, para que sejam formuladas políticas para sua eliminação (7,13).

Considerando as desfavoráveis condições de saúde da população negra, os dados socioeconômicos disponíveis indicam que a maioria das mulheres negras encontra-se abaixo da linha da pobreza. Exibindo alta taxa de analfabetismo, comparadas às mulheres brancas, são chefes de família sem

cônjuge e com filhos. Por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica – seja no pré-natal, parto ou puerpério - com maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças (14).

Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com o objetivo de eliminar as iniquidades e reduzir os agravos que incidem nas altas e desproporcionais taxas de morbidade e mortalidade nesse grupo populacional. Essa Política, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006, busca materializar esses propósitos, concentrando os esforços das três esferas de governo, e da sociedade civil, na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades étnicas raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (14).

1.4 Panorama do HIV/ AIDS

No início da década de 1980, a humanidade foi desafiada a enfrentar a pandemia do HIV/AIDS, infecção causada pelo vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida. Diante dessa nova epidemia, a qual demonstrava uma elevada taxa de letalidade, pânico e medo, a sociedade necessitava entendê-la (15).

Para tanto, houve representações de que a infecção era contagiosa, incurável e mortal, dando significado de uma ameaça extrema para a

sociedade, criando assim o distanciamento das pessoas infectadas. Era uma infecção que estava agregada a grupos considerados marginalizados, como homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo. Assim, o HIV/AIDS produziram seus estigmas na sociedade (16).

Em consequência desse histórico de preconceitos e ignorâncias, pessoas com HIV/AIDS vivenciam muitos sofrimentos e medos: de julgamentos, da morte, de sofrer abandono, culpa e de revelar sua condição de soropositividade fazendo com que convívio social lhes seja penoso (17,18).

Em seu início a infecção era denominada como aquela que acometia alguns grupos de risco, mas, ainda na década de 1980, essa expressão foi substituída por comportamento de risco. Contudo, essas denominações não eram suficientes para explicar as mudanças que iam se apresentando com o avanço da infecção. Aos poucos, começou mudar o perfil das pessoas infectadas passando a abranger homens heterossexuais; não usuários de drogas injetáveis; mulheres, principalmente aquelas de classe mais baixas, sendo que a maioria destas tinha relação estáveis com seus maridos ou companheiros (19,20,21,22).

Após 30 anos no Brasil, a epidemia está concentrada em alguns subgrupos em situação de vulnerabilidade de epidemia. Conforme boletim epidemiológico de 2011, no Brasil foi notificado, de 1980 a 2011, 608.230 casos de AIDS acumulados, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino (23).

Esses dados demonstram que o índice de mulheres infectadas é muito alto, devendo-se considerar também que muitas dessas mulheres desejam serem mães, podendo com isso elevar o número de pessoas acometidas pela infecção por meio da transmissão vertical. Na última década, foram notificadas no Brasil 41.777 casos de gestantes infectadas pelo HIV/AIDS. Diante desse grande contingente de mulheres grávidas, o Ministério da Saúde (MS) no âmbito da coordenação Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) criou o Grupo Assessor de Mulheres, com o objetivo de acompanhar as políticas, princípios e diretrizes para as estratégias de promoção a saúde e prevenção de novos casos de infecção na população feminina (24,25).

As mulheres enfrentam, todavia, muitos desafios em seu cotidiano com HIV/AIDS. Convivem muitas vezes com o medo de compartilhar sua condição sorológica com seus familiares por causa do estigma relacionado à infecção, medo da possibilidade de transmissão do HIV para o seu filho e também impossibilidade de amamentar (26,27).

1.5. A Mulher Negra

Em relação à mulher, cujo cuidado e saúde são prioridades do MS, especialmente em atenção primária, destaca-se que a expectativa de vida para as negras é de 66 anos, enquanto para as brancas é de 71 anos. Vale destacar que existe um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está no encontro das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de

comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, autoconceito e autoestima. A discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua suscetibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse (13).

Os resultados de um estudo sobre a mortalidade materna em mulheres negras apontam que existe grande diferencial para a sua mortalidade, e que há relação entre raça, doença e condições de vida para a mortalidade, fazendo-se necessários novos estudos sobre o tema e maior aprofundamento (28).

É importante refletir que, apesar das evidentes diferenças econômicas e sociais existentes no Brasil, os problemas de saúde/doença, bem-estar/mal-estar vivenciados pelas mulheres negras não podem ser considerados apenas uma consequência da falta de desenvolvimento ou dessas discrepâncias, mas sim compreendidos como problemas de saúde que realmente são. Em uma revisão de literatura sobre a sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a população negra, a autora refere que as histórias das pessoas vítimas de discriminação racial e de gênero constituem uma evidência empírica sobre a realidade. Tais vivências são em maioria referenciadas pelo racismo e devem ser compreendidas a fim de se revelar os sistemas da sociedade que atuam na opressão social e de gênero (29).

Mulheres vivendo com HIV são especialmente vulneráveis à discriminação pelo estigma associado à infecção, bem como à sua raça, gênero e classe social (30,31).

Além disso, existem restrições quanto à procura de assistência e uso de recursos adequados para o cuidado e, sendo esta uma temática de difícil entendimento para os profissionais de saúde, o uso de raça/cor como categoria analítica indica caminhos para a compreensão das razões pelas quais as interações sociais na intersecção gênero e condições socioeconômicas produzem e reproduzem desvantagens na exposição das mulheres negras a riscos à sua saúde (32,33).

A assistência à saúde e as intervenções de enfermagem contribuem para a melhoria da qualidade de vida da mulher. Quando o profissional de saúde perde a oportunidade de prestar os cuidados necessários, indiretamente, incrementa a vulnerabilidade ao adoecimento, especialmente no caso das mulheres negras, cujas desvantagens mostram-se maiores em diversos estudos (29).

Mulheres infectadas com HIV/AIDS no Brasil representam pessoas de baixa renda e baixa escolaridade. É preciso considerar a vulnerabilidade individual e social e as relações de gênero. Em todas as sociedades existem os diferentes papéis desempenhados por homens e mulheres, fazendo com que haja grandes desigualdades entre os sexos em relação ao acesso a trabalho, lazer, moradia, entre outros (34).

Para que haja em enfrentamento eficaz sobre a epidemia do HIV na sociedade brasileira torna-se necessário que se reconheça os diferentes níveis de vulnerabilidade que atingem de maneira mais específica alguns grupos da sociedade. No que diz respeito à vulnerabilidade em relação as mulheres, é

indispensável que não se ignore como fatores raça/etnia e pobreza cooperam para que as mulheres negras estejam expostas ao risco de contrair o vírus do HIV/AIDS (35).

A mulher de forma geral passa por desigualdade desde os primórdios. Ser gestante e ter HIV/AIDS produzem estigmas e preconceitos que são acompanhados pela própria história da infecção. No entanto, ser mulher, negra e ter HIV talvez seja vivenciar uma sequência de preconceitos variados.

Posto isto, buscou-se compreender as vivências e significados da discriminação racial e soropositividade, para gestantes negras, a partir, inicialmente, de uma revisão da literatura sobre discriminações vivenciadas pela mulher e, depois, por meio de uma pesquisa de campo.

2. Objetivos

1.2. Objetivo Geral

Compreender as vivências e significados da discriminação racial e soropositividade para gestantes negras.

1.3. Objetivos Específicos

- . Verificar na literatura brasileira atual as discriminações vivenciadas pela mulher;
- Conhecer como preconceitos relativos à discriminação racial e soropositividade são vivenciados por gestantes negras com HIV/AIDS;
- Identificar os significados da discriminação racial e da soropositividade para gestantes negras.

3. Publicações

3.1. Artigo 1.

Discriminação contra a mulher - revisão integrativa da literatura

(O manuscrito foi submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil) (Anexo 3)

Silva ARC^I; Falleiros AC^{II}; Varga CRR^{III}; Turato ER^{IV}; Lopes MHBM^V

^IAgnês Raquel Camisão Silva. Enfermeira. ¹Pós-Graduanda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas – SP, Brasil

^{II}Ana Carolina Falleiros. Enfermeira. ¹Pós-Graduanda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UNICAMP, Docente da Universidade de Brasília - UNB Brasília, DF, Brasil

^{III}Cássia Regina Rodrigues Varga. Psicóloga. Professora Adjunta Departamento de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos – São Carlos – SP -Brasil

^{IV}Egberto Ribeiro Turato. Médico. Professor Titular de Práticas em Ciências. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP - Campinas, SP, Brasil

^VMaria Helena Baena de Moraes Lopes. Enfermeira. Enfermeira Obstetra e Estomaterapeuta. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem - UNICAMP – Campinas, SP, Brasil

Autor para Correspondência

Agnês Raquel Camisão Silva

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - Campinas - SP - CEP: 13084-971

Telefones: (19)3521-8831

Email: obadiaz28@iq.com.br

Resumo

Objetivos: Identificar na literatura brasileira atual os tipos de preconceito contra a mulher. Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nacional sobre publicações de preconceito contra a mulher, de 2008 a 2012. Resultados: Foram encontrados oito artigos sobre o tema e estabelecidas quatro categorias para discussão, a saber: Preconceito contra raça/etnia, Preconceito contra o homossexualismo feminino, Preconceito de gênero e Preconceito contra situações de saúde/doença. Conclusões: De maneira em geral os artigos discutem o preconceito contra a mulher. Tratamento injusto, descortês e humilhante aponta para o preconceito racial e a determinadas doenças, e despreparo de profissionais da saúde no cuidado as homossexuais, fatores que levam estes grupos de mulheres a não acessarem ou permanecerem nos serviços de saúde.

Palavras-chaves: Preconceito; Mulheres; Saúde da mulher.

Abstract

Objectives: Identify current Brazilian literature kinds of prejudice against women. Methods: This is an integrative review of the literature on publication bias against women, 2008-2012. Results: We found eight articles on the topic and set out four categories for discussion, namely: Prejudice against race / ethnicity, Prejudice against female homosexuality, gender and Prejudice against any health / disease. Conclusions: So overall the articles discuss the prejudice against women. Unfair treatment, impolite and humiliating indicate racial prejudice and certain diseases,

and lack of preparation of health professionals in the care for gay, factors that lead these groups of women not to access or remain in the health services.

Key words: Prejudice, Women, Women's Health.

Introdução

Durante muitos anos o sexo feminino foi estereotipado pela sociedade, determinando a construção das bases do preconceito e da discriminação (1). Todavia, a história descreve que a supremacia masculina inicia-se nas sociedades de caça aos grandes animais, em que a força física era essencial. É importante ressaltar que nessas sociedades, a mulher era considerada um ser sagrado, que possuía o privilégio dado pelos deuses de reproduzir a espécie, enquanto os homens se sentiam marginalizados nesse processo e invejavam as mulheres contrariando a realidade atual (2).

Por muito tempo, a estagnação dos conceitos de que o direito deveria estar a serviço dos homens, denominados o mais forte, serviu para construir falsas ideias e moldar muitos dos preceitos contra o sexo feminino. Vale lembrar que as próprias mulheres participaram, inequivocamente, dessas opiniões construídas ao longo dos últimos três ou quatro séculos (1).

No Brasil, a saúde da mulher era restrita a gravidez e ao parto. Em 1984; foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), esse novo programa continha ações educativas, preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação, envolvendo a assistência da mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério,

climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades encontradas nessa população. A Constituição de 1988 representou o marco jurídico de uma nova concepção que retrata a igualdade entre homens e mulheres. Pode ser considerado o reflexo da transformação social, em andamento, que se iniciou a partir da segunda metade do século XX (3).

Em continuidade, em julho de 2004, foi realizada em Brasília, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM). A conferência mobilizou mulheres de todo país, na afirmação dos seus direitos por meio de debates e propostas, e resultou no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que propunha o enfrentamento das desigualdades entre sexos, reconhecendo o papel fundamental do Estado, por meio de ações e políticas públicas no combate a estas e outras desigualdades. As ações políticas compreendiam: igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, laicidade do estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e participação e controle social (4).

Em agosto de 2007, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres foi aprovado na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. O II Plano validou os princípios e pressupostos da Política Nacional para as Mulheres (PNM), bem como as diretrizes e prioridades apontadas pela I CNPM, expandindo os alvos, colocando novos eixos estratégicos e propondo detalhamento dos já existentes, com destaque aos segmentos de mulheres em situação de vulnerabilidade (5).

Apesar da PNM, a violência contra a mulher, resultante da discriminação e do preconceito, manifesta-se de várias formas, a saber: violência de gênero, violência intrafamiliar, violência doméstica, violência física, violência sexual, violência psicológica, violência econômica ou financeira e violência institucional (6).

É importante observar como a violência está relacionada ao fenômeno do preconceito nos eixos sexo/gênero, raça/etnia e classe social. Esses eixos fundamentam e constituem a base de toda organização social nas quais se dão as práticas de dominação e discriminação (1).

O preconceito e discriminação baseados nos eixos supracitados produzem nas mulheres efeitos danosos. Além disso, a discriminação racial e de gênero têm repercussões até mesmo sobre os serviços de saúde; considerando a assistência de enfermagem em particular, essas atitudes se contrapõem à necessidade da atenção humanizada, visto que seu trabalho é parte da assistência à saúde, e está organizada de forma a atender às necessidades individuais além daquelas advindas de grupos, família e comunidade (7).

Vislumbrando a atenção ao problema do preconceito contra a mulher por parte dos profissionais de saúde, realizou-se uma revisão integrativa da literatura científica nacional com os objetivos de:

1. Analisar os estudos brasileiros sobre preconceito contra a mulher;
2. Identificar os tipos de preconceitos relatados nos estudos.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este é um método de pesquisa em enfermagem, a sua contribuição para a melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar é evidente, visto que a síntese dos resultados de pesquisas relevantes facilita a incorporação de novas evidências para a prática. Para a elaboração da revisão, foram adotadas cinco etapas metodológicas (8,9):

Etapa 1 – Identificação do problema

O preconceito contra a mulher não é um fenômeno da atualidade, sua compreensão envolve a análise das áreas sociais, políticas, jurídicas e biológicas. Independentemente das várias linhas interpretativas sobre a ascendência do preconceito contra a mulher, e as suas diversas classificações, é fundamental reconhecer o preconceito como problema de saúde pública.

Para que as estratégias de enfrentamento sejam adotadas a partir de práticas sistematizadas e humanizadas, baseadas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (3) e no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, é necessário o conhecimento da situação e a realidade a partir de estudos realizados e publicados em base de dados. Logo, questiona-se: como tem sido a discussão sobre preconceito contra a mulher na literatura científica brasileira? É um tema que tem merecido atenção dos pesquisadores ou é pouco explorado? Quais profissionais têm realizado tais estudos? Qual o tipo de preconceito tem sido mais frequentemente discutido?

Etapa 2 – Busca da Literatura

A busca dos estudos foi realizada por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que compreende as seguintes bases de dados: Lilacs, IBecs, Medline, Biblioteca Cochrane, Scielo e BDEnf. Foram utilizadas os descritores do Medical Subject Headings (MeSH) “preconceito”, “mulher” e “saúde da mulher”, com o conector AND.

Escolheu-se o intervalo de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, após a implementação do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres que se deu em 2008, por um período de cinco anos, sendo que a pesquisa foi realizada em fevereiro de 2013, foram selecionados apenas estudos publicados na língua portuguesa do Brasil.

A busca com a combinação “preconceito AND mulher”, retornou 1644 artigos, sendo que 88 estavam na língua portuguesa e com a combinação “preconceito AND saúde da mulher”, foram encontrados 1103 artigos, sendo 51 em português, porém todos os artigos estavam presentes nos resultados da primeira combinação de descritores. Dos artigos em português, após leitura dos resumos, 43 não tratavam do tema de interesse.

Todos os tipos de estudo foram incluídos, foram excluídas da seleção as produções bibliográficas em formato de livros, teses e dissertações por não serem estudos recentes; e os artigos encontrados com a busca bibliográfica empregada, mas que após avaliação de seu título e resumo, não tratavam do tema de interesse.

Etapa 3 – Avaliação de Dados

A avaliação dos dados deu-se pela leitura na íntegra dos estudos selecionados, que discutiam o preconceito contra a mulher.

Foram avaliados os seguintes dados: autor principal, formação profissional do autor principal, título do artigo, ano de publicação, local do estudo, tipo de preconceito, objetivos, resultados e conclusões ou considerações finais.

Etapa 4 – Análise dos Dados

Para que os objetivos desta revisão fossem alcançados, optou-se por categorizar os estudos segundo a forma de preconceito discutido. Logo, as categorias encontradas foram: Preconceito contra raça/etnia, Preconceito contra o homossexualismo feminino, Preconceito de gênero e Preconceito contra situações de saúde/doença (por exemplo, tuberculose, aborto).

Os dados extraídos dos estudos na etapa anterior permitiram traçar um perfil dos estudos recentes, publicados no Brasil, sobre preconceito contra a mulher.

Etapa 5 – Apresentação

A síntese dos seguintes dados é apresentada em uma tabela (Tabela 1): autor principal, formação profissional do autor principal, título do artigo, ano de publicação, local do estudo e tipo de preconceito. Os objetivos, resultados e conclusões ou considerações finais dos estudos foram analisados e apresentada uma síntese, de forma discursiva.

Resultados

Apenas oito artigos atendiam aos critérios de seleção e foram incluídos na análise; apenas quatro artigos descreviam o preconceito contra a mulher negra.

Tabela 1. Distribuição dos artigos segundo autor principal, formação profissional, título, ano de publicação, local de estudo e tipo de preconceito. Campinas, 2013

Autor Principal	Título	Formação Profissional	Ano	Local	Tipo de Preconceito
Silva ⁽¹⁾	Preconceito e discriminação: as bases de violência contra a mulher	Doutorando em psicologia.	2010	Rio de Janeiro	Gênero
Cordeiro ⁽⁷⁾	Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme	Mestre em enfermagem. Enfermeira.	2009	Salvador-BA	Gênero e Racial
Sá ⁽¹⁰⁾	O cuidado da saúde da mulher com tuberculose na perspectiva do enfoque familiar	Doutora docente em enfermagem. Enfermeira.	2012	João Pessoa – PB	Contra a doença
Benute ⁽¹¹⁾	Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher	Doutora em psicologia.	2012	São Paulo – SP	Contra o aborto
Sacramento ⁽¹²⁾	Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça.	Mestre docente em enfermagem. Enfermeira.	2011	Salvador –BA	Racial
Ferreira ⁽¹³⁾	As relações cotidianas e a construção da identidade negra	Doutor docente em psicologia.	2011	São Paulo –SP	Racial
Riscado ⁽¹⁴⁾	Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de quilombos, em Alagoas	Doutorando em saúde pública docente.	2010	Maceió – AL	Contra a doença, gênero e racial
Barbosa ⁽¹⁵⁾	Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil	Doutora em saúde coletiva. Médica.	2009	São Paulo – SP	Homossexualismo

Preconceito contra raça/etnia

Quatro estudos discutiam o preconceito de raça/cor contra as mulheres (7,12,13,14). O primeiro estudo (7), dessa categoria identificou e descreveu práticas de discriminação racial e de gênero nos serviços de saúde referidos por mulheres negras com diagnóstico de anemia falciforme. As entrevistas revelaram que o preconceito racial e de gênero nos serviços de saúde são percebidos como um fenômeno natural pelos profissionais de saúde, e que as situações enfrentadas pelos entrevistados comprometem sua dignidade humana.

O segundo estudo (12), demonstrou a importância que o quesito cor tem para usuárias e profissionais de saúde de uma unidade básica. Os resultados mostraram divergência nas auto classificações como branca ou preta, entre as pessoas mais jovens e mais velhas. O estudo concluiu que o quesito cor é importante para a identificação de grupos populacionais com predisposição para determinadas doenças que são exclusivas de determinadas etnias tais como os negros, brancos, amarelos, judeus, ciganos entre outros.

Logo, é importante que os profissionais estejam preparados e habilitados para estimular a autodefinição do quesito cor. Para tal, o estudo sugere a criação de políticas de saúde específicas a grupos populacionais.

O terceiro artigo (13) realizou uma entrevista dirigida sobre os processos vivenciados pela pessoa negra para a construção de sua identidade. Verificou-se que a família, a escola e o trabalho são espaços de retroalimentação do preconceito racial. Os autores sugerem, ao final do estudo, que a educação formal discuta em seus currículos a história da população

negra, bem como capacite os professores para atuarem junto a seus alunos para a busca de uma sociedade mais justa e humana.

O quarto estudo (14), analisou formas de violência racial, de gênero e o comportamento das mulheres quilombolas diante das DST/AIDS. Os resultados apontaram para um acentuado contingente de mulheres que sofrem de violência doméstica. O racismo foi vivenciado por elas nos diversos espaços sociais, e até mesmo nos atendimentos em saúde, sendo este, um dos fatores que pode justificar a vulnerabilidade às DST e AIDS.

Preconceito contra a homossexualidade feminina

O artigo designado nesta categoria descreve, de maneira geral, o preconceito contra a homossexualidade feminina. Esse estudo (15), investigou a relação entre os cuidados à saúde de mulheres homossexuais e as representações relativas à gênero, sexualidade e corpo. Os resultados apontaram para maior dificuldade quanto aos cuidados ginecológicos dessa população, uma vez que os profissionais de saúde não estão preparados para atendê-las de maneira específica. Muitos relatos descreveram que os profissionais ficam constrangidos e encerram as consultas sem orientações adequadas. Evidencia-se, então, a necessidade de criação de políticas públicas voltadas a essa população, uma vez que muitas mulheres desconhecem que a relação sexual com outra mulher também pode causar doenças.

Preconceito de gênero

O estudo que aborda especificamente esse tipo de preconceito (1) compreende uma discussão teórica e bibliográfica acerca das desigualdades

entre homens e mulheres, vistas como preconceito de gênero. O autor considerou que apesar dos altos índices de violência contra a mulher em todo o mundo, e dos avanços no seu combate, é necessário que os direitos à cidadania da mulher sejam evidentes e concretos. O autor ainda cita a necessidade de voltar a atenção para grupos sociais sendo considerados como minorias.

Preconceito contra situações de saúde/doença

O estudo (10) analisou a relação entre a atuação de profissionais de equipes de Saúde da Família no atendimento à mulher com tuberculose, caracterizando preconceito contra a doença. Sobre essa temática, os resultados apontaram que os profissionais de saúde reconhecem a precariedade social e a discriminação vivenciadas pelas mulheres com tuberculose e a vulnerabilidade desse grupo para adquirir outras morbidades, sugerindo a necessidade de um cuidado baseado na integralidade da assistência. O autor finaliza o artigo indicando a necessidade da inclusão de familiares no cuidado à mulher com tuberculose, como fato a potencializar o êxito do tratamento.

Outro artigo (11) buscou identificar o conhecimento e a percepção dos profissionais da saúde em relação à legislação brasileira sobre o aborto provocado. O resultado do estudo descreve que os profissionais que atuam em obstetrícia têm dificuldade em lidar com casos de aborto, prestando assistência pautada no julgamento, na punição, na raiva e na discriminação contra a mulher. O autor ressalta que o preconceito limita os cuidados a ações e

procedimentos básicos, ignorando ações educativas e o estado psicoemocional da mulher que provocou aborto.

Discussão e Conclusão

As publicações no Brasil sobre preconceito contra a mulher apresentaram autores com formação profissional distinta, sendo que três autores principais são enfermeiros (7,10,12). A autoria de enfermeiros, ainda que pequena, é a mais frequente, equiparando-se com a de psicólogos, o que indica interesse da enfermagem pelo tema. Além disso, o local dos estudos não se limita apenas a uma região, evidenciando a necessidade de conhecer como o preconceito é concebido em diversas realidades.

A busca desse conhecimento visando o cuidado à saúde pode ser identificada nos estudos encontrados. Evidência de preconceito por parte dos enfermeiros e outros profissionais da saúde foi relatada no estudo de Benute *et al* sobre o atendimento a mulheres que realizaram aborto. Constatou-se que os enfermeiros entendem aborto como crime e que, mesmo em caso de aborto previsto por lei, a assistência é discriminatória (12).

Alguns estudos apontam a presença de mais de um tipo de preconceito. Um deles (7) apresenta o relato de uma paciente com anemia falciforme. Segundo ela, as enfermeiras estão de mau humor ou não sabem cuidar, ou não sabem o que o paciente sente na realidade; a paciente completa dizendo que não gosta de falar sobre o assunto, pois têm vontade de chorar e se considera discriminada. Outra paciente negra relata ter sido maltratada, por uma

enfermeira também negra, e que por essa razão não esperava tal comportamento.

O número de artigos encontrados pode ser considerado baixo, tendo em vista que o Brasil é um país onde o preconceito é “velado”, onde as pessoas não admitem serem preconceituosas no qual impera a “democracia racial”⁽¹³⁾. Acreditava-se encontrar um número mais significativo de artigos sobre preconceito racial e/ou étnico, no entanto, foram identificados apenas quatro artigos (7,12,13,14).

Embora pouco discutido, o quesito cor é importante no atendimento à saúde, especialmente para fins epidemiológicos (12), porém as mulheres associam o fato de serem negras e pobres à discriminação que sofrem (7), ocasionando o afastamento dessas mulheres do serviço de saúde. É possível afirmar que a presença de práticas discriminatórias na saúde resulta na diminuição do acesso, na exclusão do atendimento adequado, influenciando a forma de nascer, viver e morrer das mulheres negras (7).

Ainda sobre as mulheres negras e o preconceito do qual são vítimas, percebe-se que há o desenvolvimento de uma falsa identidade a seu próprio respeito por meio de uma posição submissa de aceitação e incorporação dos valores tidos como ideais por uma sociedade branca que desqualifica suas qualidades e valores étnicos (12).

Os profissionais de saúde são apresentados como detentores do saber e como aqueles que decidem sobre a terapêutica a ser utilizada sem serem questionados sobre a intervenção. Tratamento injusto, descortês e humilhante aparece como discriminação nos serviços de saúde (7). Um dos estudos (7)

demonstra que a discriminação racial e de gênero faz com que mulheres negras não acessem ou permaneçam nos serviços de saúde. De acordo com a Política Nacional Integral de Saúde da População Negra (16), dentro dos seus princípios é necessária a educação permanente dos profissionais da saúde visando a promoção da equidade. A implementação da política reafirma a universalidade, a integralidade e a equidade por meio de uma abordagem integrada das rotinas dos serviços de saúde, observando as especificidades da população negra.

Além disso, as práticas discriminatórias são indesejáveis e podem ser punidas diante da lei. A falta de capacitação dos profissionais da área da saúde, de maneira geral, dificulta a identificação de estratégias individuais e coletivas de combate à discriminação contra a mulher (7).

Outro tipo de preconceito que requer atenção é a relacionada à orientação sexual. As mulheres participantes do estudo (16) relataram que quando vão ao ginecologista ficam constrangidas ao expor sua orientação sexual. Segundo elas, quando relatam sua orientação sexual o profissional não faz orientações sobre saúde e prevenção, evidenciando a discriminação.

Sobre as questões de gênero, que exigem complexas discussões, sugere-se a adoção da equidade de gênero como um conceito ético associado aos princípios de justiça social e de direitos humanos, que não implica em desmerecer os direitos dos homens para privilegiar as mulheres. Trata-se de atentar-se e cuidar da situação de milhares de mulheres que sofrem iniquidades no cotidiano (17).

Vale lembrar que foi a partir das reivindicações do movimento feminista e da própria sociedade civil, do direito ao voto, das garantias trabalhistas, da denúncia da opressão e da estrutura de classes, primando pela igualdade de direito entre homens e mulheres, que governos de todo o mundo se reuniram, discutiram, avaliaram e analisaram os questionamentos e estabeleceram mecanismos internacionais em defesa dos direitos da mulher (1).

Tal como em outros estudos (12-13), considera-se que a intervenção da área da saúde e educação são medidas importantes para a diminuição da desigualdade de gênero, bem como dos outros tipos de preconceito discutidos, visando o atendimento igualitário.

Para a diminuição do preconceito contra a mulher, é necessário que as escolas abordem o assunto apresentando. No caso do preconceito racial, não apenas a escravidão, mas o ensino da história e cultura afro-brasileira na formação da sociedade brasileira deve ser incluído, como instituído na Lei 10639/03(18), que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade dessas temáticas.

Ademais, as políticas públicas que abordam o preconceito contra a mulher em seus variados eixos devem ser implementados concretamente e divulgadas para que essa população conheça seus direitos.

Considerando-se a importância do tema e a necessidade de explorá-lo amplamente, sugere-se a realização de estudos semelhantes que abranjam

períodos maiores, a fim de identificar mudanças ao longo do tempo, bem como a inclusão de artigos de outros países para permitir comparações.

Conclusão:

Com base nos estudos analisados, pode-se concluir que as publicações, de maneira geral, discutem o preconceito racial contra a mulher, mesmo que a temática principal seja outro tipo de preconceito (condição de saúde/doença ou gênero).

Referências

1. Silva, SG. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher Prejudice and discrimination: the bases of violence against women Prejuicio y discriminación: los fundamentos de la violencia contra la mujer. *Psicol. cienc. Prof.* 2010; 30(3):556-71.
2. Heinrich K, James S. O Martelo das Feiticeiras Malleus Maleficarum. [Acesso em 24 de fevereiro de 2013]. Disponível em <http://www.casadobruxo.com.br/textos/martelo.htm>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2011; 82 p.
4. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília. Secretaria. 2005; 23 p.
5. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília. 2008; 204p.

6. Rede Feminista de Saúde. Dossiê Violência contra a Mulher. [Acesso em 24 de fevereiro de 2013]. Disponível em <http://www.redesaude.gov.br>.
7. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro. 2009; 13 (2):352-8.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM .Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing revisión integradora: método de investigación para la incorporación de evidencias en la salud y la enfermería. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2008; 17(4): 758-64.
9. Whitemore R, Knafk K, Gray EN. Methodological Issues In Nursing Research The Integrative Review: Updated Methodology Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing. 2005; 52(5): 546-53.
10. Sá, LD, Santos ARBN, Oliveira AAV, Nogueira JA, Tavares LM, Villa TCS. Prestação de cuidados de saúde para as mulheres com tuberculose: a perspectiva enfoque na família. Contexto Texto. 2012; 21(2)409-17.
11. Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher Perception influence of professionals regarding unsafe in attention to women's health. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2012; 34(2):69-73.
12. Sacramento AN, Nascimento ER. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça Racismo y salud: representaciones sociales de mujeres y profesionales sobre la cuestión color/raza. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo. 2011; 45(5):1139-46.
13. Ferreira RF, Camargo AC. As relações cotidianas e a construção da identidade negra. Psicol. cienc. Prof. 2011; 31 (2):374-89.

14. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito AMBB. Racismo vida e violência : um estudo sobre as vulnerabilidades de mulheres negras e da tentativa de prevenir o HIV / AIDS em um Quilombo comunidade em Alagoas. 2010; 19(2): 96-108.
15. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil Access to sexual health care for women who have sex with women in São Paulo, Brazil Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2):5291-300.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política do SUS Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 2010.
17. Fonseca, RMGS. Eqüidade de gênero e saúde das mulheres. Rev. esc. enferm. USP. 2005; 39(4):450-9.
18. Brasil. Ministério da Educação. Educação anti-racista caminhos abertos pela lei Federal nº 10.639/03/ Secretária de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Brasília: 2005; 236p.

Conflito de Interesses

Não há conflito de interesses no estudo.

Agradecimento

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior– CAPES pela bolsa de mestrado e auxílio-pesquisa recebidos. Ao Fundo de Apoio ao Ensino à Pesquisa e à Extensão de Nível Superior (Faepex) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) pelo auxílio-pesquisa que subsidiou este estudo e ao grupo do Laboratório de Pesquisa Clínico qualitativa da UNICAMP.

3.2. Artigo 2

Vivências de gestantes negras com HIV frente à discriminação racial e à soropositividade (Anexo 3)

(O manuscrito será enviado à revista da Escola de Enfermagem da USP)

Life experience of pregnant black women with HIV about seropositivity and racial discrimination

Experiencias de mujeres negras embarazadas con el virus VIH acerca de la discriminación racial y seropositividad

Agnês Raquel Camisão Silva¹, Cássia Rodrigues Varga², Marcella Lima Victal³, Debora Bicudo Faria⁴, Egberto Turato⁵, Maria Helena Baena de Moraes Lopes⁶

¹Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas e-mail: obadias28@ig.com.br

²Psicóloga. Professora Adjunta Departamento de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos. e-mail: cassiavarga@terra.com.br

³Fisioterapeuta. Pós-Graduanda da do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas e-mail. mavictal@hotmail.com

⁴Psicóloga. Mestranda do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. e-mail: defarbic@hotmail.com

⁵Médico. Professor Titular do Departamento Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. e-mail: erturato@uol.com.br

⁶Enfermeira. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. Email: mhbaenaml@yahoo.com.br

Endereço para Correspondência

Agnês Raquel Camisão Silva

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - Campinas - SP - CEP: 13084-971

Telefones: (19)3521-8831

Email: obadias28@ig.com.br

Resumo: Este estudo objetivou conhecer as vivências e significados acerca da discriminação racial e soropositividade para gestantes negras HIV/AIDS. Tratou-se de pesquisa qualitativa, realizada em um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo cujos dados foram obtidos por meio de entrevistas semidirigidas com nove gestantes negras, com HIV. A análise de conteúdo revelou cinco categorias: Mudanças de Vida; Angústia; Castigo; Negação e frustração. A sobreposição de preconceitos sofridos, o estigma do HIV a que a gestante está exposta, além daqueles advindos da discriminação racial, podem levar a negação dos preconceitos vivenciados como forma de proteção e enfrentamento diante destas desigualdades.

Palavras-Chave: Saúde da Mulher, Gestantes, Preconceito, Origem Étnica e Saúde, HIV.

Abstract: This study aimed to understand the experiences and meanings of black pregnant women about racial discrimination and soropositividade. A qualitative study was performed in a teaching hospital in an inner city of São Paulo state, whose data were obtained through semi-directed interviews with nine pregnant black, with HIV. The Content analysis revealed five categories: Change of Life; Distress; Punishment, Denial and frustration. The overlap of prejudice suffered the stigma of HIV to the pregnant woman is exposed beyond those arising from racial discrimination, may lead to denial of prejudice experienced as a form of protection and coping on these inequalities.

Key Words: Women's Health, Pregnant Women, Prejudice, Ethnicity and Health, HIV.

Resumen: Este estudio investigó las experiencias y significados acerca de la discriminación racial y las mujeres embarazadas seropositivas a la investigación cualitativa negro / AIDS. Tratou VIH realizado en un hospital universitario en el estado de São Paulo, cuyos datos fueron obtenidos a través de entrevistas semi-estructuradas nueve mujeres embarazadas negras con el VIH. El análisis del contenido reveló cinco categorías: cambio de vida; angustia, castigo, la negación y frustración. La superposición de perjuicio sufrido el estigma del VIH a la mujer embarazada se expone más allá de las derivadas de la discriminación racial, puede conducir a la negación del perjuicio experimentado como una forma de protección y hacer frente a estas desigualdades.

Claves: Salude de la Mujer, Mujeres Embarazadas, Prejuicio, Origen étnico y Salud, VIH.

Introdução

Discriminação racial refere-se à expressão ativa ou ao comportamento do racismo e do preconceito racial. Preconceito e racismo são concepções e reproduções que dizem respeito a determinadas pessoas ou grupos sociais racializados. A discriminação racial remete a ações em que essas representações são demonstradas por meio de práticas sociais cotidianas, gerando situação de desvantagem e desigualdade entre os segmentos populacionais envolvidos. Apresentam-se muitas vezes de forma intencional ou não, seja por atribuições insultuosas, ou mesmo pela falta de obtenção de acesso aos bens públicos e constitucionais, como saúde, educação, justiça, habitação, participação política, entre outros (1,2).

No Brasil, o mito ou ideologia da democracia racial, diz respeito a uma política racial harmônica e democrática entre os grupos racializados. Sustentando que não há discriminação racial, e isso ao longo da história, perpetua-se a ideia de que no país não existe discriminação, legado este que faz acreditar que todos são iguais e têm as mesmas oportunidades (3).

A importância do quesito cor nos prontuários de saúde possibilita avaliar indicadores que traduzem os fenômenos sociais e das desigualdades sobre diferentes grupos populacionais, sendo possível, dessa maneira, analisar as doenças prevalentes na população negra e auxiliar na implementação de políticas públicas de saúde adequadas a esse grupo (4).

Considerando-se os indicadores sociais, a população feminina concentra-se nas classes de rendimentos mais baixas, e quando se considera o recorte étnico-racial, constata-se a exclusão da população negra e seus descendentes, verifica-se maior dificuldade de acesso a trabalhos, menor remuneração e menores oportunidades educacionais, demonstrando que esta população se encontra em maior situação de pobreza (5).

Os dados socioeconômicos referentes à população negra são indicadores que permitem avaliar seu estado de saúde. Por possuir menor acesso aos serviços de saúde, tal população está exposta a maiores riscos de contrair e morrer de determinadas doenças (6).

A variável raça/cor utilizada no sistema de notificação de AIDS a partir do ano 2000 possibilitou julgar os dados epidemiológicos. Em 2005, (58,3%) dos indivíduos notificados eram brancos, (20,7%) pardos; (10%) pretos (0,6%) amarelos e (0,1%) indígenas. Esta avaliação permite estimar adequadamente

raça/cor, e também possibilita a implementação de políticas públicas de acordo com as necessidades identificadas (7).

O panorama da epidemia de HIV/AIDS vem sofrendo mudanças desde o seu início no Brasil e no mundo. Atualmente existem mais pessoas vivendo cronicamente com essa condição; isso se deve a utilização dos retrovirais e pesquisas sobre a infecção. Nos primeiros anos, os homens representavam a maioria dos casos; ultimamente o número de mulheres contaminadas tem aumentado muito, caracterizando a feminização da doença, ou seja, mais mulheres têm sido acometidas desta infecção (8).

É possível dizer que todos os indivíduos são vulneráveis ao HIV, entendendo-se vulnerabilidade como acesso ou não a informações, escola, serviços, programas de saúde e condições de vida digna. Tais fatores podem interferir ou determinar atitudes e condutas de pessoas, aumentando ou diminuindo as situações de risco (9-10).

Desigualdade de gênero e racismo também denotam fatores de vulnerabilidade para as mulheres, com risco de aparecimento de enfermidades como as DST/AIDS e outros agravos à saúde da mulher negra (11).

Em 1985, para cada 26 casos de AIDS entre homens, havia um caso entre mulheres. Em 2010, a relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres em 2011, foram notificados 602.230 casos de AIDS acumulados, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no feminino (12-13).

A pessoa infectada com HIV tenta proteger-se do estigma, escondendo o seu diagnóstico dos outros, e negando sua própria condição e por vezes decide não pensar nessa situação para não sofrer. Essa situação está

relacionada ao medo de enfrentar as implicações em suas vidas, uma vez que são portadoras da doença. As características dessa doença no imaginário social, construído em relação à epidemia de HIV/AIDS, comprovam que esta pode impactar a vida familiar e as experiências como mães, principalmente no período da maternidade (14).

Considerando-se todas essas questões e suas implicações para a assistência à saúde, pergunta-se: Como é para a mulher ser negra, gestante e soropositiva? Esse estudo objetivou conhecer as vivências e significados acerca da discriminação racial e soropositividade para gestantes negras com HIV/AIDS.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, o método utilizado foi o clínico qualitativo. A utilização desse método permite que sentimentos e necessidades humanas sejam demonstrados e compreendidos, pois, privilegia a escuta da fala do sujeito, com suas riquezas de expressões e entonações emocionais, e permite a observação do comportamento por meio de sua linguagem não verbal (15).

O estudo foi realizado no ambulatório de pré-natal de alto risco de um hospital-escola da cidade de Campinas, São Paulo. Para ambientar-se com o serviço, a pesquisadora fez contato prévio com o grupo de gestantes soropositivas, participando de algumas consultas de enfermagem, antes de iniciar as entrevistas. Além disso, a enfermeira que atende a essas gestantes

atuou como facilitadora, uma vez que é o profissional de maior vínculo com elas.

A seleção dos sujeitos ocorreu pela busca, nos prontuário médico das gestantes com sorologia positiva para o vírus do HIV, de mulheres identificadas na ficha de registro do hospital como preta ou pardas, e por meio da pergunta: Que cor você se autodeclara?

Os critérios de inclusão foram: gestantes de qualquer idade gestacional; com idade igual ou superior a 19 anos; que se autodeclarassem de raça negra, e que possuíssem condições intelectuais, emocionais e físicas para participarem da entrevista. O estudo foi composto por nove gestantes negras com HIV atendidas no ambulatório de pré-natal especializado.

O instrumento técnico para as entrevistas foi testado, com entrevistas piloto, antes do início da coleta de dados, com a finalidade de aculturação e ampliação do domínio do assunto. As entrevistas de aculturação foram úteis para avaliar as atitudes em campo, do pesquisador, nesses encontros com os sujeitos, e para refinamento da pergunta disparadora. Foram realizadas duas entrevistas de aculturação que serviram apenas para familiarização com o assunto a ser estudado, não sendo essas utilizadas na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu de 11 de junho de 2012 a 14 de janeiro de 2013 e o tempo de cada entrevista foi de 30 minutos à 1 hora e 30 minutos. As respondentes foram atendidas em sala privada, o que proporcionou sigilo e conforto. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

A entrevista foi iniciada com uma pergunta disparadora: “*Conte-me como está sendo para você, vivenciar esta gravidez*”, a qual teve finalidade de desencadear a fala da mulher e possibilitou a expansão das manifestações dos sujeitos.

O fechamento da amostra se deu por saturação teórica das informações, levando em conta os objetivos propostos e as observações de Fontanella, “quando os dados mais recentes apresentarem, na avaliação do pesquisador, certa prolixidade em relação aos anteriores e não mais contribuirão para a pesquisa.” Na pesquisa qualitativa, onde se obtém uma amostra homogênea e intencional, o enfoque não está em quantidade de entrevistas mas qualidade destas (16).

Durante a entrevista, foram registrados dados observados frente ao sujeito e auto-observação do entrevistador. As anotações permitiram registrar dados, como entonação de voz, gestos, emoções e reações.

A técnica escolhida foi à análise temática de conteúdo que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O método de análise de conteúdo é composto por quatro fases: pré-analítica, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (17).

Para a análise dos dados, utilizaram-se recursos psicossociais e da construção da concepção aplicada às dinâmicas das relações (17), com as obras referenciais de acordo com os temas que se manifestaram.

Foram atendidas as exigências éticas e científicas para pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de

Campinas, sob o número de protocolo 1123/2011, conforme determinado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, a participação no estudo foi voluntária e autorizada pelas mulheres, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (18). Para resguardar a identidade das entrevistadas, utilizou-se o código (E) de entrevista e o número crescente que a mulher recebeu pela pesquisadora ao ser entrevistada.

Resultados

A amostra final consistiu-se de nove gestantes negras com HIV, cujos dados sociodemográficos estão resumidos na tabela abaixo:

Quadro 1 – Características da amostra: dados sociodemográficos, 2013

Paciente	Idade (anos)	Est. Civil	Nº de Filhos	Religião	Tempo de Diagnóstico
E1	30	União estável	2	Evangélica	Não informou
E2	24	Solteira	1	Nenhuma	3 Anos
E3	34	União estável	2	Evangélica	7 Anos
E4	25	União estável	2	Nenhuma	9 Anos
E5	25	Solteira	0	Católica	1 Mês
E6	31	União estável	3	Evangélica	1 Mês
E7	25	União estável	1	Evangélica	3 Anos
E8	29	União estável	2	Evangélica	8 Anos
E9	21	Solteira	0	Católica	21 Anos

Essas gestantes encontravam-se na faixa etária entre 21 e 34 anos. Em relação à situação de trabalho, quatro possuíam emprego formal, três trabalhavam informalmente e duas não trabalhavam.

Dessas gestantes, oito declararam que a gravidez não foi planejada. Dando explicações, como: ter consistido de um “acidente”, do rompimento do preservativo; do “nada” aconteceu à gravidez; por não haver encontrado o contraceptivo no centro de saúde.

Durante as entrevistas, as gestantes que se declararam evangélicas falavam de sua fé em grande parte do tempo, algumas acreditavam que poderiam ser curadas da doença se Deus assim o quisesse.

As categorias temáticas encontradas foram: Mudanças de Vida; Angústia; Castigo; Negação e frustração.

Mudanças de vida

As gestantes relataram várias mudanças em suas vidas tais como: buscar viver o presente, controlar a saúde, mudança de humor, isolamento e medo da morte. Mencionando que, antes da descoberta do HIV, vivia uma vida “normal” como todo mundo, e que na atualidade tudo girava em torno da infecção, portanto procuravam viver sem abusos para preservar a sua saúde e para poder cuidar dos filhos. E naquele momento a motivação de sua vida era cuidar-se para cuidar do outro.

“(...) não posso fazer aquilo por causa disso e tal, tal, tal e assim eu fui vivendo, então eu procuro viver os meus dias não só pra mim né? Eu procuro me controlar, manter minha saúde para eu conseguir criar meus filhos, entendeu? Porque a minha preocupação são eles né? (...)” (E6)

“(...) porque na hora veio na minha cabeça, para mim essa doença era a morte, para mim na minha cabeça, mas tem tratamento entendeu, agora que estou entendendo que tem tratamento (...)” (E7)

“(...) eu era muito extrovertida, sabe? Eu era muito alegre; depois que eu descobri acabou tudo; isolei do mundo se fechei; ah então, né? Eu gostava de sair, eu conversava muito, eu fazia tudo, tudo sabe? Tudo, tudo que uma menina jovem faz, sai, conversa, bate papo e vai para casa das amigas (...)” (E7)

Angústia

Elas deixavam transparecer preocupação de que o filho pudesse vir a adquirir o vírus do HIV, por muitas vezes perguntaram se existia possibilidade de isso acontecer, e denotavam angústia em relação a essa possibilidade. Em suas falas evidenciam perturbação com o filho que estava por vir, mas diziam “deixar as coisas caminharem” para ver o que poderia acontecer.

“A estou bem preocupada porque pode passar para o bebê, né? Então estou bem preocupada, mas deixa rolar”. (E5)

“Esta sendo difícil, porque, porque meu filho, esse daqui corre muito risco, muito risco de ter a mesma doença e a minha filha que nasceu, ela não tem (...).” (E7)

Castigo

Algumas entrevistadas sentiam-se muito culpadas pelo fato de terem adquirido o HIV, e falavam isso de maneira muito enfática. Diziam que por ter levado uma vida sexual totalmente desregrada haviam adquirido o HIV, como uma consequência ou um “pagamento” por tantos desatinos, como se o HIV fosse um “castigo divino”. Assim não podiam mais “desperdiçar”, nenhum momento de suas vidas; era preciso começar a realizar todos os seus “desejos” e aproveitar a vida:

“Quem procura acha; eu me relacionava com homem casado, ele que passou pra mim, entendeu? Quem procura, procurei não procurei? Achei, entendeu? Isso que eu penso: foi bem feito pra mim (...).” (E1)

“(...) comecei a lidar com o fato de que o meu problema maior não era ser soropositiva, ser soropositiva, até então antes do tratamento, para mim soropositiva era fim de vida; falava, então, vou curtir tudo o que eu tenho que curti; pra mim. curtição era usar droga, baladas, festas (...).” (E4)

Negação

Algumas relataram que nunca sentiram preconceito por ter HIV ou por ser negra, negavam veementemente o preconceito. Descreviam que ser negra e ter HIV eram algo absolutamente normal. Em relação à infecção, informavam que era algo muito natural, e negavam sentir alguma diferença após a descoberta do HIV. De maneira muito enfática e breve respondiam nunca terem se sentido alvo de preconceito. Talvez a negação para essas mulheres seja uma autodefesa.

“Ah, eu, ser negra e com HIV a normal; não sei ,eu não vejo nada ali, ser negra. (Você percebe algum tipo de discriminação?) Não, não”. (E3)

“(...)Ah gente não sente nada, é uma coisa natural, eu vivo normal como qualquer pessoa vive.” (E4)

“(Você já sentiu preconceito por ser negra alguma vez?) Não, eu não. Nossa, eu amo minha cor!” (E6)

Frustração

As mulheres demonstravam frustração por não poderem exercer plenamente o papel de mãe, uma vez que não poderiam amamentar devido à infecção pelo HIV. A amamentação é muito valorizada em nossa sociedade, aproxima e estabelece vínculo com o filho. Elas temiam que, por não aleitarem, pudesse haver um distanciamento afetivo entre elas e seus filhos.

“(...) isso daí me afastou; eu falei, pó, eu não! Porque minha mãe falava o que mais aproxima do filho é amamentação da mãe (...)” (4)

“(...) pra esse eu sonhava em dar mamar; quando eu fiquei sabendo que estava grávida fiquei tão feliz, ele também ficou (o pai do bebe), só que então a hora que eu vi que não podia dar mama, aquilo entrou na minha mente, nossa eu saí daqui arrasada no primeiro dia (...)” (E7)

Discussão

As mulheres que tinham menor tempo de diagnóstico estavam muito fragilizadas e apresentavam muitas dúvidas e medo de transmitir a infecção para o filho, com medo de ele sofrer discriminação se fosse contaminado.

A gravidez na vida da mulher é um período de muitas mudanças e expectativas. Sua mente fica repleta de pensamentos felizes, mas também surgem muitos medos e angústias. Por vezes a gestação não foi planejada, mas ela se tornou desejada. O relacionamento entre mãe e filho se inicia

durante a gestação, e viver com HIV/AIDS, estando grávida, faz com que estas mulheres repensem suas vidas.

Os achados do presente estudo são referendados pela literatura. A partir da descoberta do HIV, as mulheres vivenciam vários sentimentos e têm dificuldade em acreditar e aceitar o diagnóstico. Isolam-se, sentem vergonha e o desejo iminente da morte é real em seu dia a dia. Evidenciam preocupação com seus filhos e outros familiares (9).

Em alguns estudos é descrito que mulheres por vezes não desejam engravidar, por medo e vergonha do que as pessoas iriam dizer por serem soropositivas e estarem grávidas. Mesmo tendo justificativas sobre o fato de ter engravidado, as participantes do presente estudo confidenciaram terem se “assustado” quando receberam o diagnóstico da gravidez. Mas com o passar do tempo, sentiam ansiedade pelo nascimento do bebê. Algumas não desejavam engravidar, por temerem que o filho se tornasse soropositivo, devido ao fato do HIV não ter cura, e sofriam com esta possibilidade. Mesmo sem terem planejado, essas mulheres decidiram continuar a gestação, ainda que a preocupação com o bebê tenha sido constante durante as entrevistas, deixando transparecer que somente iriam sentir alívio quando o bebê nascesse. Tinham medo de contaminar o feto, expressavam medos, angústias e dúvidas em relação ao contágio do bebê. Também receavam que a criança sofresse com preconceito e discriminação. De fato, a literatura aponta que, as se descobrirem grávidas, elas apresentam reações de pânico e desespero por não conseguirem enfrentar o fato (19).

A religiosidade tem apresentado comprovadas influencias sobre a saúde física, determinando provável fator de prevenção ao aparecimento de doenças, na população sadia, e demonstrado redução de diversas doenças e óbito. Práticas religiosas incentivam hábitos de vida saudável, suporte social e menores taxas de stress e depressão. Participação em grupos religiosos comprova redução de mortalidade oferecendo novos significados de vida e diminuindo emoções de aspectos negativos (20).

A obtenção da infecção pelo HIV/AIDS é vista como um castigo, como a consequência de uma vida desregrada, haja vista que a religiosidade das mulheres entrevistadas pode levar a sentimentos de culpa pelo pecado do sexo... Talvez isso se deva ao fato de que, no início da epidemia, essa era uma infecção associada à vida sexual promíscua.

Estudos sobre HIV/AIDS demonstram que a infecção representa no meio social, uma série de símbolos depreciativos, associados ao castigo, punição, que talvez sejam a condenação para os comportamentos socialmente reprovados, e que alguns pensamentos religiosos fazem com que o individuo sinta-se culpado por seus comportamentos “mundanos” (21,22).

Talvez a negação seja uma estratégia de enfrentamento usada por essas mulheres, pois assim minimizam o sofrimento ou fazem de conta que não estão sentindo nada. Algumas relataram nunca ter sofrido discriminação racial, mas sentiam medo de passar por isso. O estigma em relação ao HIV, além dos preconceitos advindos da discriminação racial talvez leve a este tipo de defesa a fim de que a pessoa consiga enfrentar tantas desigualdades.

Estudos demonstram que, a mulher negra sofre discriminação por ser mulher, pobre e negra. Aliado a isso, pessoas acometidas pelo HIV sofrem por serem alvos de estigma e do preconceito advindos da infecção. Essas pessoas são susceptíveis a adquirem doenças psicológicas, sendo comprovada a alta prevalência de morbidades psiquiátricas em pacientes HIV (11,23,24)

Pesquisas comprovam que uma maternidade com dificuldades emocionais, estigma social, problemas familiares, sociais e econômicos pode exacerbar a vulnerabilidade social dessas mulheres no contexto de infecção pelo HIV/AIDS (25).

De fato, o aleitamento materno é largamente difundido em nossa sociedade. Todavia, quando a mulher é soropositiva para o HIV, casos de transmissão vertical perfazem um total de 65% e aconteceu na hora do parto, a minoria acontece por transmissão transplacentária e 15% por meio do aleitamento materno. Dessa forma a lactação é contra indicada (26).

Por esses fatos, mães infectadas pelo HIV são desaconselhadas a amamentar seus filhos e sentem-se frustradas por isso. Mesmo recebendo a informação de que não poderão amamentar, tentam se conformar, porém, seus depoimentos revelam tristeza e sofrimento. Para algumas mulheres, essa prática parece comum, mas para essas mesmas mulheres, o fato de não amamentar representa não exercer a maternidade em sua totalidade.

Estudo demonstrou que crianças de mães soropositivas compensam a falta de aleitamento materno com outras maneiras de comunicação com a mãe, por meio de olhar atento, choro e gemidos. Assim, a mulher deve ser informada de que o aleitamento materno é importante, mas não é a única forma

de estabelecer o vínculo entre mãe e filho. Mais do que informar, os profissionais de saúde e a família, precisam dar suporte à mulher para que ela consiga exercer plenamente o seu papel de mãe (27,28).

Embora a pesquisadora tenha feito contato prévio com esse grupo de gestantes, uma limitação do estudo é o fato de as mulheres terem sido entrevistadas uma única vez, o que pode ter restringido os relatos em alguns casos, por não ser possível estabelecer um maior vínculo ou pelo estado de humor da mulher que pode variar pela labilidade emocional característica da gravidez, bem como do momento de vida que estava vivenciando.

Frente aos resultados deste estudo, recomendam-se estudos de intervenção que levem em conta as características e vulnerabilidades desse grupo de mulheres. Quanto às implicações para a prática, os profissionais precisam conhecer reconhecer e considerar essas peculiaridades da gestante negra soropositiva, a fim de não perpetuar desigualdades.

Conclusões

Por vezes, a gestante com HIV/AIDS não planejou a gravidez; esta vivência experiências de mudanças em sua vida e uma série de conflitos por ser soropositiva, pelos estigmas e preconceitos que sofre ou poderá sofrer, tanto ela quanto seu filho.

Além disso, sente-se culpada tanto por ter adquirido a doença, angustiada pela possibilidade de transmitir a doença a seu filho e frustração por não exercer plenamente o papel de mãe por não poder amamentar.

Para a gestante negra, estar grávida significa uma sobreposição de conflitos, pois ser mulher, com HIV/AIDS e negra a deixa-a mais vulnerável,

pois ela tem que lidar com diferentes formas de rejeições, preconceitos e a discriminação da sociedade. Porém, isso talvez não seja claramente perceptível, uma vez que elas negam a existência de preconceito racial.

Referências:

1. Dicionário de Relações Étnicas e Raciais. São Paulo: Selo Negro. 598p.
2. Santos, H. Discriminação racial no Brasil. [Acesso em 23 de abril de 2013] Disponível em: http://www2.tjce.jus.br:8080/esmec/wp-content/uploads/2008/10/discriminacao_racial_no_brasil.pdf
3. Bento, MA S. Branqueamento e branquitude no Brasil. Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes. 2002; p.25-57.
4. Brasil, Centro de Referencia e treinamento DST/AIDS. Perguntar não ofende. Qual a sua cor ou raça/etnia. 2009; 106p.
5. Oliveira, F. Saúde da população negra. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2003.
6. Síntese de Indicadores Sociais 2002. Departamento de População e Indicadores Sociais. IBGE. Rio de Janeiro. 2003.
7. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Referencia e Treinamento DST/ADS. Conjugalidades e Prevenção as DST/AIDS. São Paulo. 2010; 52 p.
8. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA., Villela WV. Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(2): 5321-5333.
9. Carvalho CML. Galvão MTG. Sentimentos de culpa atribuídos por mulheres com AIDS em face de sua doença. 2010; 11(2):103-11.

10. Ayres JRJM, Calazans GJ, Saletti HC, França I. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2003. p.117-39
11. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito AMBB. Racismo vida e violência: um estudo sobre as vulnerabilidades de mulheres negras e da tentativa de prevenir HIV / AIDS em um quilombo em uma comunidade de Alagoas. 2010; 19(2): 96-108.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância a Saúde. Boletim 1/2012 AIDS no Brasil: epidemia concentrada e estabilizada em populações de maior vulnerabilidade. [Acesso em 22 de abr de 2013] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6405&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-aids-no-brasil>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Unidade de Informação e Vigilância. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília (DF): 2009.
14. Almeida MRCB, Labronici LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(1) 263-74.
15. Turato, ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínica qualitativa. Petrópolis. Editora Vozes. 2003. 685p.
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Publica. 2008; 24(1):17-27.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec. 2004. 269p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética.1996; 4: 15-25.

19. Moura EL, Kimura AF, Praça NS. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23 (2):206-11.
20. Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clín* 2007; 1(34):88-94.
21. Preussler GMI, Eidt OR. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. *Rev. Gaúcha Enferm* 2007; 28(1):117-25.
22. Kopelman. LM. If HIV/AIDS is punishment. Who is bad? *J.M. Philos* 2002; 27(2):231-43.
23. Sontag, S. Doença como metáfora. AIDS e suas metáforas. São Paulo. Editora companhia das letras.2007. 164p.
24. Nova AV, Guerra MNOPB. Mulheres NEGRAS: Histórias de resistência, de coragem e de superação e sua difícil trajetória de vida na sociedade Brasileira. [Acesso 23 de abr. de 2013] Disponível em: <http://adeildovilanova.blogspot.com.br/2011/05/mulheres-negras-historias-de.html>.
25. Schulz M, Gravlee CC, Israel BI, Mentz G, Rowe Z. Discrimination, Symptoms of Depression, and Self-Rated Health Among African American Women in Detroit: Results From a Longitudinal Analysis. *Am J Public Health* 2006; 96(7):1266-70.
26. Gonçalves T R, Piccinini CA. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. *Psicol USP* 2007; 18(3):113-42.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Novo consenso sobre terapia antirretroviral para adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: 2001.
28. Coriolano MWL, Vidal ECF. Percepções de mulheres que vivem com HIV frente às experiências sexuais. *Rev Rene* 2008; 9(1):77-85.

Conflito de Interesses

Não há conflito de interesses no estudo.

Agradecimento

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior– CAPES pela bolsa de mestrado e auxílio-pesquisa recebidos. Ao Fundo de Apoio ao Ensino à Pesquisa e à Extensão de Nível Superior (Faepex) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) pelo auxílio-pesquisa que subsidiou este estudo e ao grupo do Laboratório de Pesquisa Clínica qualitativa da UNICAMP.

3.3. Artigo 3

Significados da discriminação racial e da soropositividade para HIV/AIDS entre gestantes negras

(O manuscrito deverá ser submetido a revista Ciência e Saúde Coletiva)

Agnês Raquel Camisão Silva^I ; Debora Bicudo de Faria^{II} ; Cássia Regina Rodrigues Varga^{III}; Egberto Turatto^{IV}; Maria Helena Baena de Moraes Lopes^V

^IAgnês Raquel Camisão Silva. Enfermeira. Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP Campinas – SP, Brasil

^{II}Cássia Regina Rodrigues Varga. Psicóloga. Professora Adjunta Departamento de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos – São Carlos – SP, Brasil

^{III}Debora Bicudo de Faria. Psicóloga. Aluna de mestrado do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP.

^{IV}Egberto Turato. Médico. Professor Titular do Departamento Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP Campinas, SP, Brasil

^VMaria Helena Baena de Moraes Lopes. Enfermeira. Enfermeira Obstetra e Estomaterapeuta. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem - UNICAMP – Campinas, SP, Brasil.

Endereço para Correspondência

Agnês Raquel Camisão Silva

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - Campinas - SP - CEP: 13084-971

Telefones: (19)3521-8831

Email: obadias28@ig.com.br

Resumo: Este estudo visa identificar os significados da discriminação racial e da soropositividade para gestantes negras. Tratou-se de pesquisa qualitativa, realizada em um hospital de ensino no interior do estado de São Paulo cujos dados foram obtidos por meio de entrevistas semidirigidas com nove gestantes negras, com HIV. A análise de conteúdo revelou as seguintes categorias Significado da discriminação racial, Significados da soropositividade e Significados do duplo preconceito, estabelecidas *a priori*. Estes preconceitos vivenciados por muito tempo podem gerar dor angústia, e até doenças psicológicas. Também revelou que os profissionais da área da saúde necessitam ser preparados para lidar de forma humanizada com esta população.

Palavras-chave: Etnia e Saúde, Saúde da Mulher, HIV, Preconceito, Gravidez.

Abstract: This study aims to know prejudices experienced by pregnant black women with HIV/AIDS on racial discrimination and soropositividade. This was a qualitative study conducted in a teaching hospital in the state of São Paulo whose data were collected through semi-structured interviews with nine pregnant black with HIV. Content analysis revealed the following categories meaning of racial discrimination, Meanings of seropositivity and Meanings of double bias, a priori. Overlapping suffered prejudice, stigma and prejudice that her HIV. These prejudices experienced long can cause pain distress and even psychological illnesses. It also revealed that health professionals need to be prepared to deal in a humane way with this population.

Key Words: Ethnicity and Health, Women's Health, HIV, Prejudice, Pregnancy.

Introdução

O documento da abolição da escravatura se resumiu em apenas dois parágrafos, no qual registra estar extinta a escravidão e que se revogava as disposições em contrário. Esse documento não previa o que aconteceria a esse grande contingente de pessoas no dia seguinte após a abolição (1).

Ao final da história da escravidão no Brasil, aos negros foi designado um papel secundário, não houve nenhum tipo de inclusão ou reparação para essa população que havia sido escravizada por longa data. Perpetuando desigualdade social até os dias de hoje, para que essa situação seja modificada é preciso que haja reconhecimento de que existe a discriminação racial no Brasil, pois esta acontece de diversas maneiras e muitas vezes de forma velada. As diferenças não são demonstradas apenas por meio de indicadores sociais e desníveis de renda, mas acontecem mediante a desvalorização, desumanização e desqualificação dessa população presente até os dias de hoje (2).

O racismo é um estressor que coopera para comprometer a saúde física e mental, e exige mobilização de recursos de enfrentamento. Essas estratégias de enfrentamento podem incluir aflição psicológica, sintomas depressivos e aumento dos níveis pressóricos. Manifestação de racismo e discriminação cotidiana geram implicações na saúde; quando são compreendidos os contextos que são gerados e mantidos, existem maneiras de interrompê-los (3,4,5).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a expectativa de vida para mulheres negras é de 66 anos e, para brancas, de 71 anos. Ressalta-se que

existe um fator patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está no encontro das discriminações raciais, de gênero e de classe social, aumenta o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, autoconceito e autoestima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua suscetibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, e à dificuldade de desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse (6).

A variável raça/cor é marcador social importante, pois por meio dele é possível consolidar indicadores sociais de desigualdade sobre grupos populacionais variados, para que se possa programar política pública adequada a cada população específica. Em relação à mulher negra, a inexistência dessa variável, na maioria dos sistemas de saúde, dificulta uma análise mais consistente sobre essa população. No entanto, os dados socioeconômicos são indicadores suficientes acerca do seu estado de saúde, ela se encontra abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo desta é o dobro, quando comparada às mulheres brancas, resultando em menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, fazendo com que tenham maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças (7,8).

Na década de 1980, no início da epidemia, os casos identificados de AIDS eram entre gays, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Após trinta anos da epidemia, houve mudanças e atualmente ela se caracteriza em grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e os dados confirmam feminização da doença, ou seja, ela tem atingido mais mulheres (9).

Vulnerabilidade individual no plano epidemiológico está associada à exposição aos riscos e indica maior ou menor suscetibilidade de pessoas a comportamentos que criam oportunidade de infectar-se e adoecer. Vulnerabilidade social está relacionada com a falta de acesso a serviços de saúde, o que leva a pessoa a não ter os direitos assegurados aos serviços e bens disponíveis (10).

Atualmente, estima-se que no mundo existam 33 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo que 15,5 milhões são mulheres com 15 anos ou mais e que representam 50% do total de adultos infectados. Há 17,6 milhões de mulheres vivendo com HIV/AIDS no mundo que estão em idade reprodutiva; já a prevalência pelo HIV em mulheres grávidas é diversa em todo mundo, tendo variação entre menos de 1% no Brasil e 20% na África Subsaariana (11).

No Brasil foram notificados 608.230 casos de AIDS acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%), no feminino. Em 2010 a relação foi de 1,7 homens para cada caso em mulheres (12).

Desde o princípio da epidemia da AIDS, estigma e discriminação contribuem para transmissão do HIV e aumentam o impacto negativo associado à epidemia. Essas manifestações são ainda constantes em todos os países e muitas regiões do mundo, criando assim barreira para prevenção da doença. Estigma é um processo contínuo de desvalorização de um indivíduo aos olhos dos outros. A discriminação é ação ou omissão direcionada aos indivíduos estigmatizados, podendo ocorrer em famílias, instituições, comunidades, entre outros (13).

Gestantes com HIV estão sujeitas a preconceito e discriminação em diversos âmbitos da sociedade, mas devido à vulnerabilidade a que a população negra está sujeita pouco se sabe, no Brasil, como essas mulheres se comportam mediante esta situação. Diante desta problemática, este estudo visa identificar os significados da discriminação racial e da soropositividade para gestantes negras.

Métodos

O método clínico-qualitativo utilizado neste estudo, trata-se especificamente de um método adaptado e aperfeiçoado a partir do método qualitativo para a realidade psicológica e clínica das relações interpessoais e concepções epistemológicas desenvolvido na área de humanas. Busca uma particularização e refinamento da metodologia qualitativa com enquadre específico dos conhecimentos desenvolvidos a partir das ciências humanas, do método compreensivo/interpretativo, além de interpretar cientificamente os significados para os indivíduos das experiências de vida, sobreposto a um quadro específico da saúde que permite compreender a vivência, ou seja, as experiências do processo das angústias, do sofrimento dos indivíduos em relação a um determinado problema no processo saúde-doença. A abordagem do método clínico-qualitativo tem o objetivo de garantir que o tema seria discutido em profundidade e que as reações dos entrevistados e as expressões seriam respeitadas (14).

O estudo foi realizado no ambulatório de pré-natal de alto risco de um hospital-escola da cidade de Campinas, São Paulo. Para ambientar-se com o

serviço, a pesquisadora fez contato prévio com o grupo de gestantes soropositivas, participando de algumas consultas de enfermagem, antes de iniciar as entrevistas. Além disso, a enfermeira que atende a essas gestantes atuou como facilitadora, uma vez que é o profissional de maior vínculo com elas.

O estudo foi composto por nove gestantes negras com HIV atendidas no ambulatório de pré-natal especializado. A coleta de dados ocorreu de 11 de junho de 2012 a 14 de janeiro de 2013 e o tempo de cada entrevista foi de 30 minutos a uma hora e 30 minutos. As respondentes foram atendidas em sala privada, o que proporcionou sigilo e conforto. Antes de iniciar as entrevista, solicitou-se permissão para que elas fossem gravadas.

Para resguardar a identidade das entrevistadas, utilizou-se o código (E) de entrevista e o número crescente que a mulher recebeu pela pesquisadora ao ser entrevistada. Os critérios de inclusão foram: gestantes de qualquer idade gestacional; com idade igual ou superior a 19 anos, a fim de não incluir adolescentes; que se considerassem pertencentes à etnia negra; e que possuíssem condições intelectuais, emocionais e físicas para participarem da entrevista.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

O instrumento técnico para as entrevistas foi testado, com entrevistas piloto, antes do início da coleta de dados, com a finalidade de aculturação e ampliação do domínio do assunto. As entrevistas de aculturação foram úteis

para avaliar as atitudes em campo, do pesquisador, nesses encontros com os sujeitos, e para refinamento da pergunta disparadora. Foram realizadas duas entrevistas de aculturação que serviram apenas para familiarização com o assunto a ser estudado, não sendo estas utilizadas na pesquisa.

A entrevista foi iniciada com uma pergunta disparadora: “Conte-me como está sendo para você, vivenciar esta gravidez”, a qual teve finalidade de desencadear a fala da mulher e possibilitou a expansão das manifestações dos sujeitos.

O fechamento da amostra se deu por saturação teórica das informações, levando em conta os objetivos propostos e as observações de Fontanella, “quando os dados mais recentes apresentarem, na avaliação do pesquisador, certa prolixidade em relação aos anteriores e não mais contribuir para a pesquisa.” Na pesquisa qualitativa, onde se obtém uma amostra homogênea e intencional, o enfoque não está em quantidade de entrevistas, mas na qualidade destas (15).

Durante a entrevista foram registrados dados observados frente ao sujeito e auto-observação do entrevistador. As anotações permitiram somar dados como entonação de voz, gestos, emoções e reações.

A técnica escolhida foi à análise temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O método de análise de conteúdo é composto por quatro fases: pré-analítica, a exploração do material, o tratamento dos resultados e a interpretação (16).

Para a análise dos dados, utilizaram-se recursos psicossociais, na construção da concepção aplicada às dinâmicas das relações (14), foram utilizadas as obras de acordo com os temas que se manifestaram.

Foram atendidas as exigências éticas e científicas para pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob o protocolo 1123/2011, conforme determinado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (17). Além disso, a participação no estudo foi voluntária e autorizada pelas mulheres, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Vale salientar que duas gestantes, ao serem indagadas quanto à cor, pela pesquisadora, declararam-se como “morenas escuras”, não podendo fazer parte da amostra.

No serviço onde foi realizada a pesquisa, utilizam-se no prontuário as categorias de raça/etnia de acordo com o IBGE branca, preta, parda, amarela ou indígena. Foi observado que o responsável por preencher o cadastro, pelo menos em uma ocasião, fez registro incorreto no item cor: uma gestante negra foi classificada como branca. Esse fato pode ter prejudicado a coleta de dados, levando a um tempo maior para completar a amostra, porque, usualmente, foi com base nos dados do prontuário sobre a cor que as mulheres eram chamadas e convidadas para entrevista.

A amostra final consistiu-se de nove gestantes negras com HIV, cujos dados sociodemográficos estão resumidos na tabela abaixo:

Quadro 1 – Características da amostra: dados sociodemográficos, 2013

Paciente	Idade (anos)	Est. Civil	Nº de Filhos	Religião	Tempo de Diagnóstico
E1	30	União estável	2	Evangélica	Não informou
E2	24	Solteira	1	Nenhuma	3 Anos
E3	34	União estável	2	Evangélica	7 Anos
E4	25	União estável	2	Nenhuma	9 Anos
E5	25	Solteira	0	Católica	1 Mês
E6	31	União estável	3	Evangélica	1 Mês
E7	25	União estável	1	Evangélica	3 Anos
E8	29	União estável	2	Evangélica	8 Anos
E9	21	Solteira	0	Católica	21 Anos

As gestantes encontravam-se na faixa etária entre 21 e 34 anos. Em relação à situação de trabalho, quatro possuíam emprego formal, três trabalhavam informalmente e duas não trabalhavam.

As categorias encontradas foram *a priori, ou seja, buscou-se contexto das entrevistas estudar estes três temas*: Significado da discriminação racial, Significados da soropositividade e Significados do duplo preconceito.

Significado da discriminação racial

A gestante narra sua percepção sobre ser negra; acrescenta que é vista apenas como um símbolo sexual, sem capacidades intelectual, e como subserviente. Demonstra perplexidade ao reconhecer o estereótipo que carrega, mas acredita que o valor das mulheres negras é muito maior do que a sociedade impõe.

“(...) Um cara falou, mulher negra é boa para sexo, porque elas são fogosas (...).”

“(...) Nunca sai com uma mulata assim, mulata para mim (...), só falava de sexo. (...)”a gente tem capacidade de inteligência, capacidade de trabalhar, liderar também só vê a mulher como objeto sexual ou como faxineira.” (E3)

Menciona ainda, que as pessoas a tratam normal como negra talvez por reconhecerem que existe lei contra a discriminação racial, acredita que talvez não discriminem por terem medo de sofrerem as sanções da lei, mas percebe a existência de um preconceito velado.

“(...)as pessoas me tratam normal como negra eles me tratam normal. Tanto que eles sabem que é racismo né, eu acho que por ser racismo e por dar cadeia eles têm um pouco de medo de entendeu, eu acho que é boa essa lei que surgiu, mas acho que o medo deles é esse, se eles têm alguma coisa para falar eles não falam.” (6)

Significados da soropositividade

A gestante revela que, por vezes, chora por sentir a forma impiedosa do preconceito, não somente contra ela, mas também em relação aos seus filhos, mesmo não tendo HIV sofrem o preconceito por terem uma mãe soropositiva. Neste sentido, percebe nos olhares da sociedade a sua exclusão social, assim como de sua família.

“Não tem como explicar, é ruim sabe, um olhar diferente você vê que as pessoas olham para você tipo assim nossa que mostra! É um olhar diferente, é uma coisa estranha, os filhos da gente são tratados de outra maneira, então é uma coisa que dói Sabe! E você se sente excluída” (E4)

(...) fiquei nervosa, tive um sangramento por causa de uma mulher que começou a me chamar de podre lá, uma vizinha (choro) (...) (E5)

Refere sentir-se abalada emocionalmente, e machucada por perceber o preconceito por parte dos profissionais da saúde, que deveriam oferecer cuidado e apoio. Revela a tristeza sentida pela falta de cuidado e pelo desprezo

do profissional por sua condição de saúde. Percebe-se nas falas o sentimento de solidão e abandono do profissional da saúde.

“(...) no posto de saúde também, o médico plantonista do hospital, é complicado ele nem quis colocar a mão em mim. Ele só falou assim não posso mexer com você o seu caso é delicado não era nem para você estar aqui. É assim que eles fazem a maioria das vezes eles nem põe a mão na gente. No posto de saúde também, você fica naquela fila enorme esperando, aí o que é o seu e você aguarda um pouco, aí passa aquele monte de gente e você fica lá aguardando um pouco, e você fica uma das últimas pessoas a ser atendida.” (E4)

Enfatiza a dor e angústia ao saber de sua condição de saúde e o medo e vergonha para falar sobre o assunto, mas quando revelou para sua mãe sentiu alívio, amor e cuidado pela maneira como foi acolhida.

“(...)”eu ficava naquela angústia, eu ia à casa dela, só chorava, só chorava. Daí o que foi que aconteceu? Eu fiquei tão doente, tão doente que me deu pneumonia e pneumonia das fortes”(...)”eu contei; ela me acolheu de braços abertos, de braços abertos, foi uma coisa também que eu nunca esperava ,ela cuida de mim, eu sou a filha mais velha dela, ela cuida de mim como eu tivesse um ano, dois anos, três anos (...).”(E7)

Significados do duplo preconceito

Durante a entrevista as mulheres se deparam com duplo preconceito vivenciado, da doença e do racismo. Em sua fala repleta de emoção demonstra tristeza, angústia, sofrimento e dor.

“(...)a coisa mais ruim que tem é o preconceito das pessoas, sabe? Coisa que eu nunca imaginei que ia passar, por isso hoje eu falo como é que as pessoas se sente negócio de racismo”(...) (...) racismo assim; é negócio de preconceito é a mesma coisa.” (E9)

Percebe-se que por ser negra e ter HIV procuram viver como se tivessem que “matar um leão” por dia para superar a dor sentida e os preconceitos vivenciados nesta trajetória.

(...) ”então parece que aquilo que sentia quando eu era só negra, uma negra normal não era tanto, não doía tanto. Agora que eu sou soropositiva, as pessoas olham para mim; nossa, já não era mais aquela coisa, a neguinha que é normal, que todo mundo vê por ai que dói mas também não é tão forte. Mas, em relação ao HIV é muito preconceito, dói muito, misturando as duas coisas é pior.” (E4).

A mulher expõe que tem medo de sentir a discriminação por ser negra e ter HIV, o riso nervoso durante a entrevista evidencia, na entonação da voz ao dizer a palavra “preta”, tamanha a discriminação sofrida.

“(...) ser parda e ter HIV é horrível né! (...) Ah sei lá a turma deve discriminar muito, né? PRETA!!!, é sei lá.” (E5)

Discussão

A imagem da mulher negra e da mulata como fogosa é um dos maiores estereótipos que acompanham a cultura e imagem da mulher e do homem negro.

Verifica-se que a mulher negra, principalmente a mulata, é vista como sedutora, quente e despojada de desejo próprio; é como se tivesse sido feita apenas para servir o “outro”. Mas a mulher negra, na verdade, é aquela que é a mantenedora da família e sozinha cria e educa seus filhos. Após a abolição e a imigração europeia, não havia mercado de trabalho para o homem negro,

coube à mulher negra o sustento da família, trabalhando nas casas dos ex-senhores ou vendendo quitutes (18,19).

O fato, de ser mulher confere vários complicadores, unindo a isto o fato de ser negra, pobre e além do mais, ser HIV positiva. Enfim, toda essa gama de complicadores faz com essa mulher seja colocada em uma variedade de situações nas quais tenha de vivenciar muitas situações que lhe causam angústias.

De fato, a mulher negra sofre com vários tipos de discriminação; ser mulher em nossa sociedade é sofrer diariamente a condição de gênero. Essas mulheres continuam na base da pirâmide, ocupando os piores postos de trabalho, recebendo os menores salários comparados às mulheres brancas, e também são aquelas que mais sofrem com as questões informais de trabalho. E sendo negras, enfrentam preconceitos e discriminação todos os dias e estes na maioria das vezes, são velados, além de sofrer com o estigma e o preconceito do HIV que são problemas diários para as pessoas infectadas pelo HIV (20,21,22).

O estudo mostra que ser negro está associado ao que é negativo por isso muitas vezes negam ou têm medo de assumir sua negritude ao deparar com tudo de ruim que esta constatação traz junto de si.

O processo de socialização do negro baseia-se em que ser negro é ser ruim, feio e sujo. Para a mulher, muitas vezes olhar-se no espelho e reconhecer características como: nariz chato, cabelos crespos e quadril grande por vezes são difíceis para ela. Quando o negro é associado a atributos como cor da pele (mais escura), estes aspectos, estão fortemente ligados à feiura, subalternidade

e invisibilidade. Em relação ao homem negro, se por um lado ele é rejeitado como desinteressante, por outro lado é exaltado como potente e viril (23).

Existem leis contra as desigualdades raciais, e essas devem resguardar todas as pessoas que sofrem com a discriminação. Mas muitas vezes não vemos esta lei sendo cumpridas na íntegra, pois ainda não vemos muitas pessoas que cometem a discriminação racial sendo punidas com o devido rigor legal.

De acordo com a referida lei, a prática de discriminação em virtude de cor ou etnia poderá ser enquadrada na lei 7.716/89, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, bastando que a vítima comunique o crime à autoridade policial ou ao promotor de justiça para que sejam tomadas providências legais, com pena de reclusão de dois a cinco anos (24).

As mulheres entrevistadas sofrem com o preconceito contra elas mesmas e também contra seus próprios filhos, um preconceito estendido, denotando muita dor diante desta situação, pois todos ao seu redor são incluídos nesta discriminação.

Estudo demonstra que muitas vezes o duplo preconceito, o medo do estigma e da discriminação afeta a decisão de fazer teste para comprovar o HIV, de partilhar seus temores com família, amigos ou colegas, ou então quando a pessoa sabe que é soropositiva, de não revelar este fato a ninguém.

Muitas vezes, o silêncio é uma forma de defesa utilizada por essas mulheres. Mas tais constrangimentos são frequentes por toda uma vida, seja pela cor da pele, seja associado a isso o estigma pela doença.

O estigma associado ao HIV/AIDS também afeta o acesso aos serviços de saúde, ao emprego, e à forma como as pessoas com HIV são tratadas por sua comunidade e por grupos sociais e religiosos (25).

As respondentes relatam perceber a discriminação por parte dos profissionais de saúde e sentem-se estigmatizadas. Estes profissionais deveriam ser aqueles que realizariam um atendimento holístico a todo tipo de paciente, mas não é isto o que ocorre. Por vezes, não existe um tratamento humanizado para com essa população.

Conforme o estudo atual, a assistência à saúde e as intervenções de enfermagem deveriam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da mulher. Quando o profissional de saúde perde a oportunidade de prestar os cuidados necessários, indiretamente incrementa a vulnerabilidade ao adoecimento, especialmente no caso das mulheres negras, cujas desvantagens mostram-se maiores em diversos estudos. Ao referir-se ser uma negra “normal”, é muito difícil “ser normal”, diante de uma sociedade a qual permite que essas situações aconteçam, pois as mudanças ainda são pequenas.

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Demonstrado muitas vezes pela indiferença dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, tratamentos desrespeitosos entre outros itens preconizados pela política (26,27,28).

Uma das gestantes expôs sentir medo do preconceito, por isso sofreu sozinha durante muito tempo, teve uma baixa de resistência e adoeceu, mas

quando decidiu contar foi acolhida por sua mãe. Conforme a literatura, pessoas soropositivas utilizam como estratégias esconder o diagnóstico da doença como forma de proteção. Assim continuam a viver como pessoas “normais”, evitando serem acusadas e discriminadas, sejam pela família, meios sociais ou no trabalho, pois temem que, ao revelar o seu segredo, comecem a sofrer preconceito (29).

Comparam o preconceito em relação ao do HIV com o racismo, como se tratasse de situações semelhantes. Estudos evidenciam que estigmas e preconceitos associados à HIV/AIDS causam exclusão social e ainda levam os indivíduos os soropositivos ao isolamento. Esse isolamento social é um mecanismo de defesa criado por eles, com a finalidade de evitar a exclusão e o preconceito aos quais são submetidos constantemente. Sendo assim, estar em um grupo vulnerável à violência e à discriminação, muitas vezes impossibilita desenvolver projetos de vida. A discriminação afasta os indivíduos com HIV do relacionamento com outros, influenciando sua autoestima e, por vezes, agrava sua patologia. No Brasil, bem como em outros países, a história da AIDS, desde seu início, tem como característica medo, preconceito, injustiça, acusação e um grande sentimento de culpa (30,31).

Conclusões

Para as mulheres entrevistadas, o preconceito por ser negra e ter HIV significa dor, angústia e isolamento social, e o silêncio pareceu uma forma de enfrentamento e sobrevivência. O preconceito, seja ele de que forma for, é algo cruel e pode levar a frequentes adoecimentos.

Evidenciou a falta de humanização por parte dos profissionais da saúde no atendimento a esta população. O julgamento e pré-conceito advindo do fato de ser negra e soropositiva revela a falta de preparo para atender os diferentes grupos populacionais em suas especificidades.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência de Promoção da Igualdade Racial. “Estado e sociedade – promovendo a igualdade racial”. Brasília: 2003 [Acesso em: 27 abr. 2013]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Igualdade_Racial/texto_base_1_conferencia_promocao_igualdade_racial.pdf
2. Saberes e fazeres: modos de ver / coordenação do projeto Ana Paula Brandão. Rio de Janeiro : Fundação Roberto Marinho. 2006. 116p.
3. Brondolo E, Brady N, Pencille M, Beatly D, Contrada RJ. Coping With Racism: A Selective Review of the Literature and a Theoretical and Methodological Critique. [Behav J Med](#). 2009; 32 (1): 64-88.
4. Paradies Y. Uma revisão sistemática de pesquisas empíricas sobre o racismo auto-referida e saúde. *Int J epidemiol*. 2006; 35(4): 888-901.
5. Schulz AJ, Gravlee CC, William DR, Israel BA, Mentz G, Rowel Z. Discrimination, Symptoms of Depression, and Self-Rated Health Among African American Women in Detroit: Results From a Longitudinal Analysis. *Am J. Public Health*. 2006; 96(7): 1265-1270.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas 2002. Unidade de Informação e Vigilância. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília. 2010.
7. Brasil. centro de referencia e Treinamento DST/AIDS. Perguntar não ofende. Qual é a sua cor raça/etnia. Responder ajuda a prevenir. 2009; 105 p.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras. Brasília. 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde Boletim 1/2012 - AIDS no Brasil.[Acesso 28 abr de 2013].Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6405&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012- -aids-no-brasil>
10. Ayres. JRCM, França JI, Calazans GJ, Saletti HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D. Freitas CM. (Org.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2003; 117-140.
11. UNAIDS report on the global AIDS Epidemic. 2012. [Acesso em 22 abr. 2013] Disponível em:
<http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120 UNAIDS Global Report 2012 with annexes en.pdf>
12. Brasil. Mapeamento da situação do plano integrado de enfrentamento da feminização da AIDS e outras DST's. [Acesso em: 28 abr de 2013] Disponível em:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ajqlwuzYB6YJ:sistemas.aids.gov.br/feminizacao>
13. UNAIDS.HIV-related stigma, discrimination and human rights violations : case studies of successful programmes. [Acesso em 22 de abr. De 2013] Disponível em: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_en.pdf
14. Turato, ER. Tratado da metodologia da pesquisa clinico qualitativa. Petrópolis. Editora Vozes. 2003. 685p.

15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Publica. 2008 Jan.;24(1):17-27.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. Editora Hucitec. 2004. 269p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996. (4) 15-25.
18. Ribeiro M, Rago M, Saffioti HIB, Costa AM, Silvestre RM, Sorj B et al. "Relações raciais nas pesquisas e processos sociais: em busca de visibilidade para as mulheres negras." A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 2004; 87-105.
19. Santos, WCSS. Direitos Humanos. A mulher negra brasileira. Revista África e Africanidades. 2009; 2(5).
20. Nova AV, Guerra MNOPB. Mulheres NEGRAS: Histórias de resistência, de coragem e de superação e sua difícil trajetória de vida na sociedade Brasileira. [Acesso 23 de abr. de 2013]. Disponível em: <http://adeildovilanova.blogspot.com.br/2011/05/mulheres-negras-historias-de.html>
21. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional [Internet]. Brasília. [Acesso em 02 de mai, de 2013]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde, Migração, tráfico e violência contra as mulheres: O que o SUS precisa saber/ Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Universidade de Brasília. 2001; 111-122 p.
23. Souza NS, "Tornar-se Negro". As vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Editora Graal. Rio de Janeiro. 1983. 88p.

24. Lei Nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm#art60
25. Desafiando o estigma e a discriminação relativos ao HIV/AIDS: uma estrutura conceitual e sugestões para ação. Abordagem teórica sobre o tema e sugestões para o ativismo. É um recurso para pesquisadores e ativistas na área da saúde e direitos humanos. editado pela ABIA
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/acao_anti_aids46.pdf
26. Lopes F, Buchalla CM, Carvalho JR, Ayres M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública 2007;41(2):39-46.
27. Albuquerque VS. Moço ETSM. Batista CS. Mulheres Negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Saúde Soc. 2010;19(2):63-74.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília. 2010; 242 p.
29. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. Rev. Latino AM. Enfermagem. 2011; 19(3): 08.
30. Neves, RLRM. Sentimentos vivenciados por mulheres infectadas pelo HIV por meio do parceiro fixo. Revista Interdisciplinar Novapafi. 2010; 3(3): 26-32.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de Prevenção das DST/HIV/AIDS em comunidades populares. Brasília. 2008. 79p.

Conflito de Interesses

Não há conflito de interesses no estudo.

Agradecimento

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior–CAPES pela bolsa de mestrado e auxílio-pesquisa recebidos. Ao Fundo de Apoio ao Ensino à Pesquisa e à Extensão de Nível Superior (Faepex) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) pelo auxílio-pesquisa que subsidiou este estudo e ao grupo do Laboratório de Pesquisa Clínico-qualitativa da UNICAMP.

4. Discussão Geral

O presente estudo objetivou compreender as vivências e significados da discriminação racial e soropositividade para gestantes negras. Para isso, fez-se um estudo de campo que foi precedido por uma revisão da literatura.

As publicações no Brasil sobre preconceito contra a mulher mostram que a autoria de enfermeiros, ainda que pequena, é a mais frequente, o que indica o interesse da enfermagem pelo tema.

Quanto ao preconceito racial, o número de artigos encontrados (quatro artigos) pode ser considerado baixo, tendo em vista que o Brasil é um país no qual o preconceito é “velado”, onde as pessoas não admitem serem preconceituosas e onde se impera a “democracia racial” (36).

Nos artigos, os profissionais de saúde são apresentados como detentores do saber e como aqueles que decidem sobre a terapêutica a ser utilizada sem serem questionados sobre a intervenção. Tratamento injusto, descortês e humilhante aparece como discriminação nos serviços de saúde. A discriminação racial e de gênero faz com que mulheres negras não acessem ou permaneçam nos serviços de saúde (10).

Estudos demonstram que, a mulher negra sofre discriminação por ser mulher, pobre e negra. Aliado a isso, pessoas acometidas pelo HIV, sofrem por serem alvos de estigma e do preconceito próprios da doença (37,38). Esses aspectos apontados pela literatura também aparecem na fala das mulheres entrevistadas.

De fato, ser mulher e negra em nossa sociedade, é sofrer diariamente a condição de gênero. A mulher negra continua na base da pirâmide, ocupando os piores postos de trabalho, recebendo os menores salários comparadas as mulheres brancas, e também são aquelas que mais sofrem com as questões informais de trabalho. Sendo negras, enfrentam preconceitos e discriminação todos os dias, e estes, na maioria das vezes, são velados, além de sofrerem com o estigma e o preconceito do HIV que são problemas diários para as pessoas infectadas e afetadas pelo HIV (39,12,40).

5. Conclusões

Com base nos estudos encontrados na literatura brasileira sobre os tipos de preconceito contra a mulher, pode-se concluir que as publicações, de maneira geral, discutem o preconceito racial contra a mulher, mesmo que a temática principal seja outro tipo de preconceito (condição de saúde/doença ou gênero).

Em relação ao estudo realizado com gestantes negras e soropositivas para o HIV, verificou-se, que por vezes, a gestante não planejou a gravidez. Ela vivencia experiências de mudanças em sua vida e uma série de conflitos por ser soropositiva, pelos estigmas e preconceitos que sofre ou poderá sofrer, tanto ela quanto seu filho. Além disso, sente-se culpada tanto por ter adquirido a doença e também pela possibilidade de transmiti-la a seu filho.

Para a gestante negra, estar grávida significa uma sobreposição de conflitos, pois ser mulher, com HIV/AIDS e negra, a deixa mais vulnerável, pois ela tem que lidar com diferentes formas de rejeições, preconceitos e a discriminação da sociedade.

Porém, algumas vezes elas negam a existência de preconceito racial. Some-se a isso o fato de sentir-se como uma mãe “incompleta” por não poder amamentar e por colocar em risco a vida de seu filho.

O preconceito, seja ele de que forma for, é algo muito cruel para a pessoa que sofre, podendo levá-las estas pessoas frequentemente ao adoecimento.

Por vezes, o silêncio é uma forma de defesa utilizada por estas mulheres. Mas estes constrangimentos são frequentes por toda uma vida, seja pela cor da pele, e associado a isto o estigma pela doença. Ao referir “ser uma negra normal”, é muito difícil “ser normal”, diante desta sociedade que permite que essas situações aconteçam, pois as mudanças ainda são pequenas.

Também fica evidenciada a falta de humanização por parte dos profissionais no atendimento a essa população, mostrando falta de preparo para atender a diferentes grupos populacionais em suas especificidades.

6. Referências Bibliográficas

1. Dicionário de relações Étnicas e raciais. São Paulo: Selo Negro; p. 598.
2. Domingues, P. O mito da democracia racial e a mestiçagem no Brasil (1889-1930). *Diálogos Latinoamericanos* 10. 2005; 116-131.
3. Guerreiro, OR. O Sistema Classificatório de “Cor ou Raça” do IBGE (Texto para Discussão n. 996). Brasília: IPEA, novembro de 2003.
4. Lopes, F. Vamos fazer um teste: qual é a sua cor? A importância do Quesito. Cor na saúde. Suplemento 6 do Boletim Epidemiológico Paulista – Saúde da População Negra no Estado de São Paulo. 2006; 3. 84-88.
5. Domingues P. Movimento negro brasileiro: alguns apontamento históricos. *Tempo*. 2007; 12(23): 100-122.
6. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. DFID. Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional. Programa de Combate ao Racismo Institucional. Relatório revisão anual. Brasília: PNUD/DFID, 2005. [acesso em 1 de mai 2013]. Disponível em: www.combateaoracismo institucional.com
7. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? Institutional Racism: a challenge to equity

- in the National Health System (SUS)?. *Saúde Soc. São Paulo.* 2007; 16(2):146-155.
8. Goffman, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* Rio de Janeiro: Editora. Guanabara; 1988.
 9. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP.*2009; 43(2):1326-30.
 10. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. *Esc. Anna Nery.* 2009; 13 (2).
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política do SUS Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Brasília; 2010.
 12. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional Brasília. [Acesso em 02 de mai, de 2013]. Disponível em:
<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp>
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas. Secretária Executiva. Brasília. 2000, 44pg.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras. Brasília: 2005.

15. Pádua, IM. SIDA, doença estigmatizante: uma leitura antropológica do problema. Fac. Med.Univ. Fed. Minas Gerais. 1986; 35(1): 22-7.
16. Herzlich C, Pierret J. Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses. Physis -Revista de saúde coletiva. 1992; 2(1): 7-35.
17. Guimarães KM, Godinho MC. Assistência psicológica. Dossiê Pela VIDDA-RJ. 1992; 2 (12): 19-20.
18. Parker R, Aggleton P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro. Editora ABIA. 2001.
19. Seffner, F. O Conceito de Vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. [Acesso em: 13 mai. 2013]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/o-conceito-de-vulnerabilidade-uma-ferramenta-util-em-seu-consultorio>
20. Seixas, AMR. Sexualidade feminina: história, cultura, família, personalidade e psicodrama. São Paulo: SENAC; 1998.
21. Parker R, Galvão J, Bessa M. 'Introdução: políticas sociais desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da AIDS'. Em saúde, desenvolvimento e política: respostas frente a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Abia; 1994.
22. Barbosa, RHS. Villela WV. A trajetória feminina da Aids. In: PARKER R. Galvão, J. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará; 1996.7-85p.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Unidade de Informação e Vigilância. Briefing Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília. 2010.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Unidade de Informação e Vigilância. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília. 2009.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Programas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/ AIDS. Unidade de Prevenção. Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres. Brasília. 2002.
26. Moreno CCGS, Rea MF, Filipe EV. Mães HIV positivo e a não-amamentação. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2006; 6(2): 199-208.
27. Padoin SMM, Souza IEO. A ocupação da mulher com HIV/AIDS: o cotidiano diante da (im)possibilidade de amamentar. J. Bras. Sex. Transm. 2006; 18(4): 241-6.
28. Martins AL. Mortalidade Materna de Mulheres Negras no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(11): 2473-79.
29. Cruz ICF. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2004; 38(4): 448-57.
30. Wingood GM, Diclemente RJ, Mikhail L, Mccree DH, Davies SL, Hardis JW et al. HIV discrimination and the health of women living with HIV. Department of Behavioral Sciences and Health Education, Rollins Scholl of Public Health USA. 2007; 46(2-3): 99-111.
31. Lopes F, Buchalla CM, Carvalho JR. AYRES. M. Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo Brasil. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(2): 39-46.

32. Albuquerque VS, Moço ETS, M Batista CS. Mulheres negras e HIV: determinantes de vulnerabilidade na região serrana do estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc. São Paulo.* 2010; 19(2): 63-74.
33. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(20): 321-33.
34. Ribeiro PM, Simão AB, Caetano AJ, Lacerda MA, Abreu ME et al. Perfis de vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS em Belo Horizonte e Recife: comparando brancas e negras. *Saúde Soc.*2010; 19(2): 21-35.
35. Werneck J. A Vulnerabilidade das Mulheres Negras. [Acesso em 04 de set de 2013]. Disponível em http://www.antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id_articulo=309
36. Sacramento AN, Nascimento ER. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça Racismo y salud: representaciones sociales de mujeres y profesionales sobre la cuestión color/raza. *Rev. esc. enferm. USP. São Paulo.* 2011; 45(5):1139-1146.
37. Ferreira RF, Camargo AC. As relações cotidianas e a construção da identidade negra. *Psicol. cienc. Prof.* 2011; 31 (2):374-389
38. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito AMBB. Racismo vida e violência: um estudo sobre as vulnerabilidades de mulheres negras e da tentativa de prevenir HIV / AIDS em um quilombo em uma comunidade de Alagoas. 2010; 19(2): 96-108.
39. Nova AV, Guerra MNOPB. Mulheres NEGRAS: Histórias de resistência, de coragem e de superação e sua difícil trajetória de vida na sociedade Brasileira. [Acesso 23 de abr. de 2013]. Disponível em:

<http://adeildovilanova.blogspot.com.br/2011/05/mulheres-negras-historias-de.html>

40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde, Migração, tráfico e violência contra as mulheres: O que o SUS precisa saber/ Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Universidade de Brasília. 2001; 111-122 p.

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Roteiro de Entrevista

Entrevista Nº _____ Data: ___/___/___
Início: _____ Término: _____ Duração em minutos: _____
Entrevistador: _____ Assinatura: _____

A - Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

1. Nome (iniciais): _____
2. Endereço _____ /fone para contato: _____
3. Idade: _____ anos Escolaridade: _____
4. Situação conjugal atual há quanto tempo: _____
5. Constelação familiar. Com quem mora: _____
6. Atividade profissional: _____
7. Salário atual: R\$ _____ Renda familiar: R\$ _____
8. Atividades de lazer/Tempo livre: _____
9. Religião (denominação) /Religiosidade (prática): _____
10. Antecedentes obstétricos: Gesta ___ Para ___ PN ___ Fórceps ___
Cesárea ___ Abortos esp. ___ Abortos prov. ___ Nativos ___ Natimortos ___ Filhos vivos ___
11. Idade gestacional: _____
12. Outro dado relevante: _____

B - Questão sobre as reações e posicionamento frente à situação vivenciada:

Questão disparadora:

Conte-me como está sendo para você, vivenciar esta gravidez?

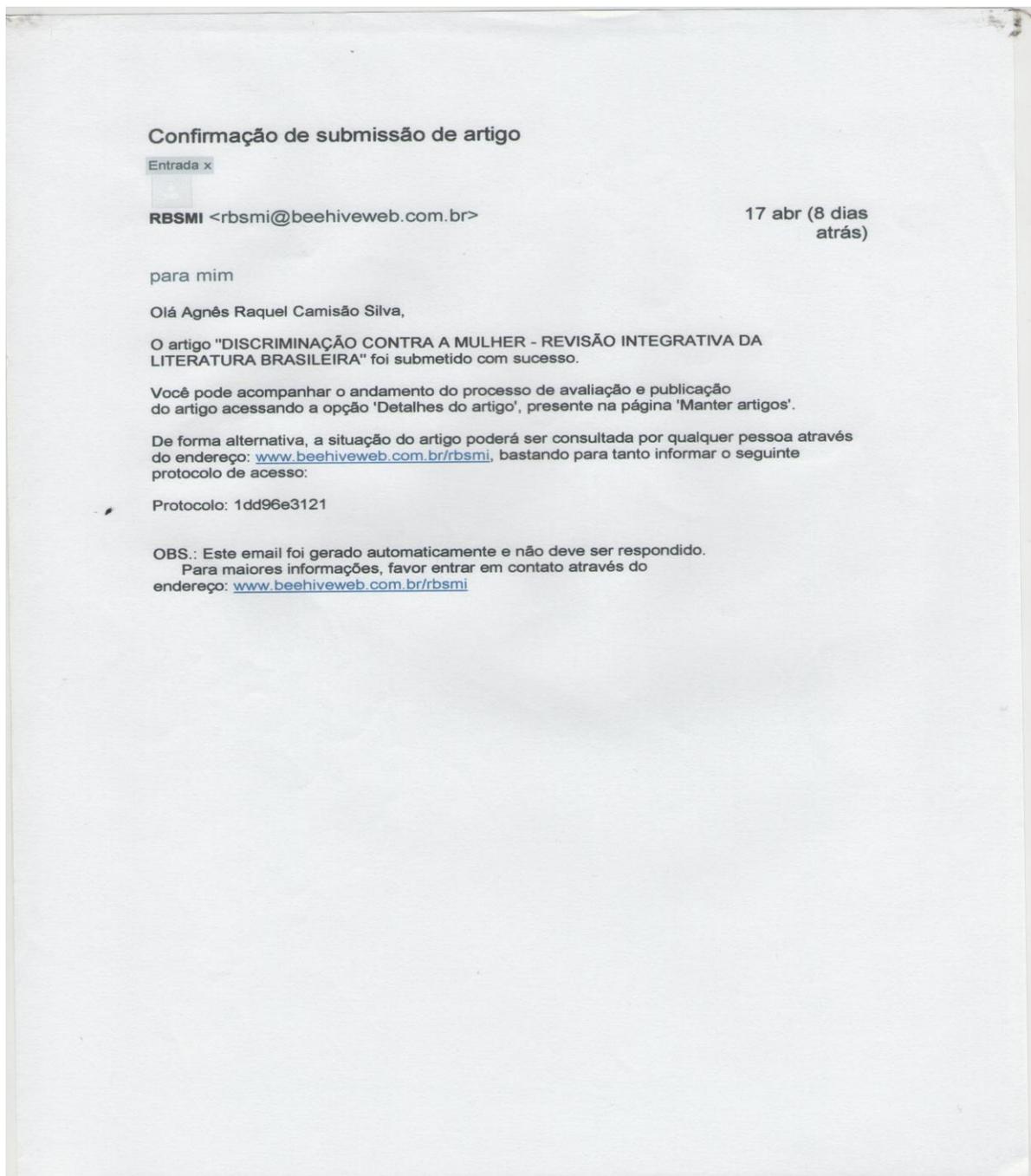
Outras Questões:

1. Fale sobre as mudanças que aconteceram em sua vida após a descoberta do HIV?
 1. E o fato de você ser soropositiva e gestante?
 2. E o fato de ser mulher com HIV?
 3. Conte-me sobre como é ser (negra ou parda) e ter HIV?
 4. Como você lida com o preconceito fato de ser (negra ou parda) no seu dia a dia.
 5. Você percebe algum tipo de discriminação por ser negra ou parda e ter HIV?
2. Gostaria de contar mais alguma coisa que você acha importante em relação a esse assunto?

C– Dados da observação e auto-observação da entrevistadora:

1. Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins.
2. Reações/manifestações do tipo contra transferencial.

7.2. Anexo 2: Submissão do Artigo



7.3. Anexo 3: Parecer do Comitê de Ética

046/2011


UNICAMP

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

 www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

CEP, 22/11/11
(Grupo III)

PARECER CEP: N° 1123/2011 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).
CAAE: 1022.0.146.000-11

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "VIVÊNCIA DE GESTANTES NEGRAS COM HIV E O PRECONCEITO DA COR, DO GÊNERO E DA DOENÇA".
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Agnes Raquel Camisão
INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 08/11/2011
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/11/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

II – OBJETIVOS.

Discutir as significações psicossociais de gestantes negras, com HIV/AIDS, atribuídas às vivências relacionadas ao preconceito racial, de gênero e de sua condição de saúde.

III – SUMÁRIO.

Neste estudo será utilizada a abordagem, qualitativa (método clínico-qualitativo). O tamanho amostral será estabelecido pelo critério de 'amostragem por saturação' das informações colhidas. Serão entrevistadas gestantes negras com HIV que forem atendidas no ambulatório de ginecologia até se atingir a saturação dos dados, estima-se que o período seja em torno de dez meses. Os dados serão tratados pela Técnica de Análise Qualitativa de Conteúdo, através da análise temática, visando à compreensão dos significados do preconceito atribuídos pelos entrevistados. Para a análise dos dados, serão utilizados referenciais psicossociais e a Teoria Racial Crítica.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

O projeto apresenta-se bem redigido, com metodologia adequada. Os critérios de inclusão, exclusão bem definidos; cálculo do tamanho amostral e análise estatística muito bem embasados por cálculos estatísticos. Os aspectos éticos estão bem discutidos no corpo do projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é claro e adequado às recomendações. O orçamento é detalhado.

V - PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 1 -

7.4. Anexo 4: Parecer do Comitê de Ética

 **FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

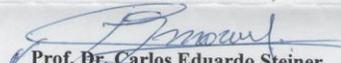
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de novembro de 2011.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

- 2 -

7.5. Anexo 5: Parecer do Comitê de Ética



Comissão de Pesquisa do DTG / CAISM

Campinas, 4 de outubro de 2011.

Protocolo n^o: 046/2011

O protocolo de *pesquisa* “*Vivência de gestantes negras com HIV e o preconceito da cor do gênero e da doença*”, da pesquisadora Agnês Raquel Camisão Silva, orientada pela Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes, foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM em 4/10/2011.

Atenciosamente,

PROF. DR. JOSÉ GUILHERME CECATTI

Presidente da Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM

8. Apêndices

8.1. Apêndice 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Percepção de gestantes negras com HIV sobre a discriminação racial e soropositividade.

Pesquisadores: Agnês Raquel Camisão Silva – Enfermeira (Coren/SP 26649) e Aluna Regular da Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Prof^a Dr^a Maria Helena Baena de Moraes Lopes (Orientadora) – Enfermeira Professora Associada da FCM/UNICAMP.

O objetivo desta pesquisa é discutir a vivência de gestantes negras, com HIV, compreendendo como ela percebe o preconceito por ser negra, mulher e ser HIV positiva.

Esse é um assunto pouco discutido, mas conhecer mais sobre ele poderia mostrar para os profissionais de saúde que o preconceito existe e como ele se manifesta, para que isso seja considerado ao atender esse grupo de mulheres e, assim, prestar um melhor cuidado.

A pesquisa será realizada em uma sala privativa para preservar o sigilo das informações e o tempo de entrevista será de 30 a 40 minutos. Esta entrevista e os registros feitos serão utilizados somente pela pesquisadora responsável. Você será identificada apenas pelas iniciais seu do nome e do número da entrevista. O relatório final será tema de minha tese de mestrado e poderá ser apresentado em congressos e publicado em revistas científicas.

Não haverá benefícios diretos ou imediatos para as participantes deste estudo, pois a entrevista será realizada em dia de consulta da paciente sendo assim não haverá gastos e não resultará em nenhum ressarcimento para a mesma.

Em caso de dúvida ou reclamações, entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio do telefone: (19) 3521-8831 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP que aprovou este estudo: (19)3521-8941.

Este **termo de consentimento** é para certificar de que eu **estou ciente que**:

1. Ao término da pesquisa os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.
2. A entrevista será gravada e meu nome não será colocado na cópia por escrito do que eu falar durante a entrevista. Alguns pesquisadores poderão conhecer o conteúdo do que eu falei na entrevista para discutirem os resultados, mas ninguém saberá o meu nome.
3. Não há riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.
4. Sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, sem penalidades e sem prejuízo a minha pessoa.
5. Terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e todas devem ser respondidas antes, durante e depois de encerrada a entrevista.

Campinas ,..... de de 20....

.....
Assinatura do sujeito da pesquisa

.....
Assinatura do pesquisador