

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

**CARLA ROCHA PEREIRA**

**A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL:  
Análise da discriminação no universo do trabalho**

**Rio de Janeiro**

**2017**

CARLA ROCHA PEREIRA

**A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL:  
Análise da discriminação no universo do trabalho**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (Icict), para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Célia Landmann Szwarcwald.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giseli Nogueira Damacena.

Rio de Janeiro

2017

Ficha catalográfica elaborada pela  
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

P436 Pereira, Carla Rocha

A violação dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil:  
análise da discriminação no universo do trabalho / Carla Rocha Pereira.  
– Rio de Janeiro, 2017.

xvii, 228 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica  
e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação, Comunicação  
e Saúde, 2017.

Bibliografia: f. 199-212

1. HIV/AIDS. 2. Discriminação. 3. Direitos. 4. Trabalho. 5. Informação.  
6. Brasil. I. Título.

CDD 616.9792008

**A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO BRASIL:  
Análise da discriminação no universo do trabalho**

Aprovado em 23 de março de 2017.

Banca examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Célia Landmann Szwarcwald  
(Orientadora)

---

Prof. Dr. Paulo Roberto Borges de Souza Júnior – ICICT/Fiocruz  
(Examinador interno)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Lerner – ICICT/Fiocruz  
(Examinadora interna)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Souza Monteiro – ENSP/Fiocruz  
(Examinadora externa)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marly Marques da Cruz – ENSP/Fiocruz  
(Examinadora externa)

Esta tese é dedicada aos meus pais, Antônio Pereira e Terezinha Pereira, que sempre me permitiram sonhar, e ao meu amor, Daniel Melo, que me ajudou a conquistar o doutorado.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Célia Landmann Szwarcwald**, por me ensinar o ofício da pesquisa quantitativa, por me incentivar a embarcar nos métodos mistos, pela construção conjunta da tese. Por me ajudar em diversos momentos, desde o auxílio para participar de congressos até o suporte metodológico. Sem você, esse trabalho não seria possível.

À minha coorientadora, **Giseli Nogueira Damacena**, que foi fundamental para a minha inserção nas ferramentas estatísticas, por estar ao meu lado para aprimorar o meu texto e por me ajudar a pensar na melhor forma de aproveitar os dados quantitativos. Muito obrigada.

À professora **Simone Monteiro**, por ter me introduzido nas pesquisas sobre estigma e discriminação no campo de HIV/aids, por me apresentar e ajudar com os autores que viraram o meu referencial teórico e por acreditar na minha capacidade de seguir adiante.

Aos membros da banca examinadora da Fiocruz, **Marly Marques da Cruz** (ENSP), **Simone Souza Monteiro** (ENSP), **Paulo Roberto Borges de Souza Júnior** (ICICT) e **Kátia Lerner** (ICICT), pela leitura crítica da tese e pelas contribuições para o seu aprimoramento.

A todos do Laboratório de Informação em Saúde/LIS/ICICT/Fiocruz, que me ajudaram e acompanharam a minha trajetória no decorrer do doutorado: **Armando Pires; Arthur Pate e Lucas Ribeiro**. Em especial ao professor **Paulo Borges**, que me auxiliou nos primeiros contatos com os dados quantitativos da pesquisa, e a **Wanessa Almeida**, que fez a leitura de parte da tese.

Aos amigos do grupo de estudos do LEAS (Laboratório de Educação, Ambiente e Saúde) do IOC/Fiocruz, **Claudia Mora, Priscilla Soares, Livia Fraga, Luciana Cajado, Letícia Cruz, Adriana Pinho, Claudio Mann e Mauro Brigeiro**, pelas sugestões para o aprimoramento da tese.

A todos do **Grupo Pela Vidda Niterói**, em especial à Assessoria Jurídica, por eles compartilharem as experiências de trabalho, indicarem pessoas para as entrevistas e por toda ajuda no decorrer da tese.

À **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**, que permitiu a realização de parte da pesquisa em uma policlínica.

Às **assistentes sociais** da unidade de saúde pesquisada, que me receberam com amor e me fizeram acreditar que um acolhimento realizado com respeito e dedicação ao outro pode fazer diferença.

Às **pessoas vivendo com HIV/aids** que foram entrevistadas, obrigada pela confiança e por compartilharem as suas histórias de vida.

À **Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação/VPEIC/CGPG/Fiocruz**, pela bolsa, que possibilitou a minha dedicação exclusiva ao doutorado.

Aos **professores** do PPGICS/ICICT/Fiocruz, em especial a professora **Adriana Aguiar** por todo auxílio no decorrer do doutorado.

A todos da **Gestão Acadêmica** do PPGICS/ICICT/Fiocruz, que, no decorrer dos quatro anos do doutorado, foram gentis e prestativos.

Aos meus **amigos do mestrado e doutorado do PPGICS/ICICT/Fiocruz**, turma 2013, em especial a **Vinícius Maurício Lima e a Paulo Marques**, que me ajudaram em diversos momentos. A **Carla Garcia**, uma amiga que ganhei nesse percurso acadêmico, obrigada por me apoiar nesses quatro anos de doutorado e por ser minha confidente.

Às minhas queridas amigas, que escutaram todas as lamentações e suportaram o meu desespero nos piores momentos: **Daniele Souza; Indira França; Anelise Gondar; Gislaine Lima e Luciana Barbio**. Agradeço também ao meu amigo e advogado **Fábio Medeiros**, que me ajudou a entender alguns termos jurídicos e processos, e ao amigo **Marcos Renkert**, pelas dicas de gravação de áudio e pelo empréstimo do equipamento, para a realização do grupo focal.

À família que ganhei quando me casei, os **Bezerra de Melo**, em especial a minha sobrinha **Gabriela Bezerra de Melo Daly**, por trocas, apoio e sugestões.

Aos meus pais, **Antônio Pereira e Terezinha Pereira**, pelo amor incondicional.

Ao meu companheiro, **Daniel Melo**, a principal pessoa que me apoiou, que passou por todos os momentos difíceis da tese ao meu lado e por sempre acreditar no meu potencial. Te amo.

"Triste época! É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito".

(Albert Einstein)



## RESUMO

Apesar dos avanços significativos desde o aparecimento da aids há mais de 30 anos, alguns aspectos originados no início da epidemia ainda permanecem. Um deles está ligado à discriminação em torno das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), que, por sua vez, está relacionada à qualidade de vida desta população. Esta tese tem por objetivo analisar as experiências ou situações de estigma e discriminação no ambiente de trabalho, entre as PVHA, assim como o acesso à informação sobre os direitos: uma forma de enfrentamento de HIV/aids. A abordagem escolhida para a investigação foi a de métodos mistos, que tem por princípio utilizar ferramentas e dados quantitativos e qualitativos, para uma melhor apreensão do objeto de pesquisa. Diversas estratégias foram utilizadas nos procedimentos metodológicos, como: análise de um inquérito nacional sobre a qualidade de vida das PVHA; levantamento documental e legislativo; trabalho de campo em uma unidade de saúde do município do Rio de Janeiro e com a ONG Grupo Pela Vidda Niterói (Assessoria Jurídica), além da realização de um grupo focal e de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, ativistas e PVHA. O aprofundamento dos conceitos sobre estigma e discriminação, a teoria de "violência estrutural" de Galtung e a teoria de "agência" de Ortner embasaram o referencial teórico da tese, para posterior discussão de diversos dados conjugados. Importante ressaltar a vinculação da discriminação ao poder social, econômico e político que certos indivíduos podem exercer sobre outros. Como resultado, os dados quantitativos e a análise dos dados qualitativos convergiram: a descoberta de HIV/aids causou uma perda financeira entre os entrevistados; afetou os aspectos psicológicos dessa população; e a discriminação, para obter emprego ou no ambiente de trabalho, foi realizada tanto de forma direta (colegas de trabalho) quanto indireta (pelo empregador, principalmente com a demissão arbitrária, em decorrência da revelação do diagnóstico). O acesso à informação sobre os direitos fomentou o empoderamento dos entrevistados e foi fundamental na decisão para a abertura dos processos contra os seus perpetradores. Por fim, foi realizada uma nova análise dos dados coletados, a partir da releitura do referencial teórico. Concluímos que os efeitos visíveis e invisíveis da discriminação no emprego fazem parte da realidade das PVHA no Brasil.

Palavras-chave: HIV/aids; discriminação; direitos; trabalho; informação; Brasil.

## ABSTRACT

Despite the significant advances since the onset of AIDS more than 30 years ago, some aspects originated at the beginning of the epidemic still remain. One of them is connected to the discrimination around people living with HIV/AIDS (PVHA in Portuguese), which, in turn, it is related to the quality of life of this population. This thesis aims at analysing the experiences or situations of stigma and discrimination at work environment, among PVHA, as well as the access to information regarding rights: a way of coping with HIV/AIDS. The approach chosen for the research was the one of mixed methods, which has in its principles to use tools and quantitative and qualitative data for a better apprehension of the research object. Several strategies were used during the methodological procedures, such as: analysis of a national survey on the life quality of PVHA; collection of data regarding legislations and documents; fieldwork at a health unit in the city of Rio de Janeiro and with NGO Grupo Pela Vidda, in Niteroi (legal advice); besides holding the focal group and semi-structured interviews with health professionals, activists and PVHA. The deepening of the concepts of stigma and discrimination, Galtung's theory of "structural violence" and Ortner's theory of "agency" underpinned the theoretical reference of the thesis, for further discussion of various data combined. It is important to emphasize the linkage of discrimination to the social, economic and political power that certain individuals can exercise on others. As a result, the quantitative data and the analysis of the qualitative data converged: the discovery of HIV / AIDS caused a financial loss among the interviewed; it affected the psychological aspects of this population; and the discrimination to get a job or at work environment was performed both directly (work colleagues) and indirectly (by the employer, especially for unfair dismissal, because of the diagnosis disclosure). There was difficulty in accessing government benefits and self-discrimination was a barrier to the reinsertion of PVHA into the job market. Access to information on rights fostered the empowerment of the interviewed and it was primordial in the decision to open prosecutions against their perpetrators. Finally, a new analysis of the collected data was carried out, based on the re-reading of the theoretical reference. We conclude that the visible and invisible effects of discrimination at work are part of the PVHA reality in Brazil.

Keywords: HIV/AIDS; discrimination; rights; work; information; Brazil.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	18
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	26
2.1 O CONTEXTO DE HIV/AIDS E OS DIREITOS HUMANOS .....	26
2.2 O TRABALHO COMO CATEGORIA DE PENSAMENTO .....	31
2.3 REVISÃO DA LITERATURA INTERNACIONAL SOBRE A DISCRIMINAÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO UNIVERSO DO TRABALHO .....	33
2.4 REVISÃO DA LITERATURA NACIONAL SOBRE A DISCRIMINAÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO UNIVERSO DO TRABALHO .....	40
2.5 O ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE DIREITOS E LEIS DE PROTEÇÃO DAS PVHA .....	43
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO: A RELAÇÃO DE PODER NO CAMPO DE HIV/AIDS</b> .....	51
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	62
4.1 O MODELO METODOLÓGICO .....	62
4.2 O PERCURSO METODOLÓGICO .....	63
4.2.1 As etapas dos dados quantitativos .....	63
4.2.2 As etapas dos dados qualitativos .....	66
4.3 ASPECTOS ÉTICOS .....	72
<b>5. RESULTADOS</b> .....	73
5.1 O IMPACTO DE HIV/AIDS NO TRABALHO, ENTRE OS ENTREVISTADOS DA PESQUISA NACIONAL .....	73
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTIGMA E DA DISCRIMINAÇÃO DAS PVHA NO UNIVERSO DE TRABALHO .....	82
5.2.1 A discriminação no trabalho segundo as PVHA .....	82
5.2.1.1 Reinserção das PVHA no mercado de trabalho .....	95
5.2.1.2 A discriminação dos colegas de trabalho .....	98
5.2.2 A percepção dos profissionais de saúde sobre a discriminação de PVHA no trabalho .....	100
5.2.3 A percepção dos ativistas sobre a discriminação de PVHA no trabalho .....	109
5.2.4 A autodiscriminação .....	111
5.2.5 Os processos e a legislação de proteção .....	116

<b>5.2.6 A perícia médica .....</b>	<b>127</b>
<b>5.3 O ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PVHA ENTRE OS ENTREVISTADOS .....</b>	<b>134</b>
<b>5.3.1 O entendimento sobre o acesso à informação e os direitos entre as PVHA .....</b>	<b>134</b>
5.3.1.1 As violações relacionadas aos direitos das PVHA .....	138
5.3.1.2 Palestras sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) .....	140
5.3.1.3 A falta de informação sobre os direitos .....	142
5.3.1.4 Vantagens e benefícios relacionados a HIV/aids .....	143
5.3.1.5 O acesso e o entendimento das leis de proteção .....	146
<b>5.3.2 Os profissionais de saúde e o repasse das informações sobre os direitos das PVHA .....</b>	<b>149</b>
5.3.2.1 Os grupos na unidade de saúde .....	150
5.3.2.2 A relação com os usuários do serviço e o trabalho na unidade de saúde .....	154
5.3.2.3 Capacitação dos profissionais de saúde .....	154
<b>5.3.3 Os ativistas e o repasse das informações sobre os direitos das PVHA .....</b>	<b>155</b>
5.3.3.1 Materiais informativos sobre os direitos das PVHA .....	157
5.3.3.2 O Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e aids .....	159
5.3.3.3 Os seminários do Grupo Pela Vidda Niterói .....	160
5.3.3.4 O trabalho de <i>Advocacy</i> do Grupo Pela Vidda Niterói .....	161
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>164</b>
<b>6.1 A VIOLÊNCIA DIRETA E ESTRUTURAL E A AGÊNCIA NA ANÁLISE DA DISCRIMINAÇÃO NO TRABALHO .....</b>	<b>164</b>
<b>6.1.1 As dificuldades para a contratação das PVHA .....</b>	<b>169</b>
<b>6.1.2 Os obstáculos para a permanência das PVHA no emprego .....</b>	<b>171</b>
<b>6.1.3 Os problemas na reinserção das PVHA no mercado de trabalho .....</b>	<b>182</b>
<b>6.2 OS PROCESSOS NA JUSTIÇA RELACIONADOS À DISCRIMINAÇÃO .....</b>	<b>186</b>
<b>6.3 O ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PVHA .....</b>	<b>190</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>194</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>199</b>
<b>APÊNDICE</b>	
Capítulo de livro - As pessoas vivendo com HIV/aids e o direito ao trabalho: Uma reflexão a partir da discriminação	213
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A: Questionário da pesquisa “Pacientes em Terapia Antirretroviral no Brasil: Resposta do Sistema de Saúde e Qualidade de Vida” (2008)	227
ANEXO B: Roteiro do grupo focal aplicado na unidade de saúde	238

ANEXO C: Roteiros das entrevistas semiestruturadas para os profissionais de saúde e ativistas	240
ANEXO D: Modelos dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs)	244

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### I - QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Incisos da “Declaração dos Direitos fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids” relacionados à discriminação. Brasil, 1989 .....	29
<b>Quadro 2.</b> Portarias, resoluções, leis e súmulas vinculadas à discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids. Brasil, 2013 .....	44
<b>Quadro 3.</b> Lista de artigos, leis, decretos e recomendações utilizadas nos processos brasileiros relacionados à discriminação no universo do trabalho. Brasil, 2013 .....	49
<b>Quadro 4.</b> Perfil sociodemográfico – PVHA/unidade de saúde .....	69
<b>Quadro 5.</b> Perfil sociodemográfico – PVHA/ONG .....	70

### II - GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição das PVHA que estavam empregadas durante a pesquisa, segundo número de dias que deixaram de ir ao trabalho por motivo de saúde, incluindo dias para consultas médicas ou hospitalizações, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Brasil, 2008 .....	81
---	----

### III - FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Representação do “triângulo da violência” .....	56
<b>Figura 2.</b> Modelo da metodologia “projeto sequencial explanatório” .....	62
<b>Figura 3.</b> Análise dos efeitos visíveis e invisíveis da violência relacionada a HIV/aids no trabalho .....	195
<b>Figura 4.</b> Representação do triângulo do poder no emprego das PVHA .....	196

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por sexo segundo características sociodemográficas. Brasil, 2008 (n=1.245) .....	76
<b>Tabela 2.</b> Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por sexo segundo questões relacionadas ao estado de saúde. Brasil, 2008 (n=1.245) .....	77
<b>Tabela 3.</b> Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por sexo segundo questões relacionadas diretamente à infecção por HIV/aids. Brasil, 2008 (n=1.245) .....	78
<b>Tabela 4.</b> Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por situação atual de trabalho e sexo, segundo variáveis de estudo. Brasil, 2008 (n=1.245) .....	79
<b>Tabela 5.</b> Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por perda de emprego devido à infecção por HIV/aids e sexo, segundo variáveis de estudo. Brasil, 2008 (n=1.245) .....	80

## LISTA DE SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ADA	<i>Americans with Disabilities Act</i>
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEDI	Centro de Documentação e Informação da Câmara dos Deputados
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CEMAL	Centro de Medicina Aeroespacial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPPT/Aids	Comissão Participativa de Prevenção do HIV e Aids no Mundo do Trabalho
CTA	Centro de Testagem Anônima
DEM	Democratas
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
ENONG	Encontro Nacional de ONG/aids
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
GRID	<i>Gay-related immune deficiency</i>
HAART	Terapia Antirretroviral Altamente Ativa
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica e Saúde
ILO	Décima Reunião Regional da Organização Internacional do Trabalho Africana em Aids
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
LEAS	Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PEA	População Economicamente Ativa
PT	Partido dos Trabalhadores
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/aids
RNP+ Brasil	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com Aids
RH	Recursos Humanos
SAEs	Serviços de Assistência Especializada



SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TasP	Tratamento como Prevenção
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJs	Tribunais de Justiça
UDM	Unidades de Dispensa de Medicamentos
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNGASS	26ª. Sessão Extraordinária da ONU
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

## APRESENTAÇÃO

A abordagem da discriminação de soropositivos no Brasil surgiu como um interesse de pesquisa em uma busca pessoal e desejo pela aproximação da Antropologia (formação realizada no mestrado) com a área da Saúde Pública. Nos anos de 2007 a 2012, trabalhei em pesquisas no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica e Saúde (ICICT), no Instituto Oswaldo Cruz (IOC) e na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), unidades da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, Ministério da Saúde (MS), onde ocorreram as minhas primeiras inserções neste campo de investigação.

Entre os anos de 2010 e 2012, realizei levantamentos nacionais e internacionais sobre a discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), juntamente com a equipe do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde/LEAS, vinculado ao IOC e coordenado pela pesquisadora Simone Monteiro. Por meio do levantamento internacional, houve um interesse pela literatura referente à discriminação vinculada ao debate dos direitos humanos e aids.

A partir dessa trajetória, a aproximação da discussão atual sobre o acesso e a violação dos direitos dos soropositivos se configurou em um projeto de pesquisa. O foco na questão do trabalho se consolidou no segundo ano do doutorado, a partir dos dados da pesquisa “Pacientes em Terapia Antirretroviral no Brasil: Resposta do Sistema de Saúde e Qualidade de Vida”, desenvolvida por uma demanda do MS e coordenada pela Fiocruz em 2008 (SOUZA-JÚNIOR, SZWARCOWALD, CASTILHO, 2011). A pesquisa teve como base a aplicação do questionário WHOQOL-HIV (WHOQOL HIV Group, 2004), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e traduzido para o português (ZIMPEL; FLECK, 2007), com o objetivo de investigar a qualidade de vida das PVHA no Brasil.

No levantamento exploratório em torno dos processos vinculados à discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) no Brasil, abordado posteriormente na tese, foi assinalado que a maioria das ações estava relacionada à perda do emprego, ao pedido de reintegração do posto de trabalho, à discriminação pelo empregador, entre outras na esfera do trabalho. Dessa forma, entendemos que a questão do trabalho seja fundamental para as PVHA no país.

A proposta do presente estudo decorre de experiências anteriores de pesquisas em torno do estigma e da discriminação de PVHA no Brasil, somadas ao desafio de desenvolver e aprofundar as teorias já existentes e pouco exploradas nesse campo, sobretudo a de “violência estrutural” de Galtung e de “agência” de Ortner; isto implica no debate da discriminação

indireta vinculada a essa população no ambiente de trabalho e no entendimento de como o empoderamento fomentado pela informação adequada pode ser uma oportunidade de mudança na relação de poder entre empregadores e empregados.

A tese está estruturada em sete capítulos. O primeiro traz uma introdução ao objeto de pesquisa, o problema e as questões norteadoras, os objetivos para a caracterização da discriminação das PVHA no trabalho e a justificativa para o seu desenvolvimento. O segundo versa sobre determinados contextos, importantes para a compreensão do tema pesquisado, tais como: histórico da relação entre HIV/aids e direitos humanos; definição da categoria trabalho; revisão da literatura nacional e internacional sobre o tema; e a legislação para a proteção das PVHA no Brasil. No terceiro, encontra-se o referencial teórico, direcionado para a relação de poder entre os estigmatizados e não estigmatizados no trabalho, aos processos de discriminação direta e indireta que as PVHA experimentam e o empoderamento para o enfrentamento desse problema. O quarto é dedicado aos materiais e métodos, no qual são descritos os procedimentos metodológicos escolhidos para responder aos objetivos do estudo, incluindo os aspectos éticos e os contextos do trabalho de campo envolvidos na pesquisa.

O quinto capítulo traz os resultados tanto dos dados quantitativos, relativos à pesquisa nacional, quanto dos dados qualitativos, com foco no trabalho de campo, no grupo focal e nas entrevistas semiestruturadas. O sexto trata da discussão dos resultados, fundamentado no referencial teórico e no levantamento bibliográfico, e aborda a contratação, a permanência e a reinserção das PVHA no mercado de trabalho; os processos relacionados à discriminação; e o acesso à informação sobre os direitos. Por fim, no sétimo capítulo da tese, são tecidas as considerações finais a respeito da abordagem teórico-metodológica escolhida e é feita a apresentação de uma nova proposta de análise dos dados da pesquisa.

A tese abrange aspectos da discriminação das PVHA relacionadas ao trabalho, mediante os dados do inquérito nacional realizado em 2008; o discurso das PVHA, dos profissionais de saúde de uma policlínica do município do Rio de Janeiro e dos ativistas que trabalham no Grupo Pela Vidda Niterói; e das leis existentes para proteção das PVHA no Brasil.

## 1. INTRODUÇÃO

A aids (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) surgiu no começo da década de 1980, nos Estados Unidos e na África (FORATTINI, 1993), como uma doença que matava os indivíduos infectados, rapidamente. Na mesma década, foi descoberto o vírus causador da doença, o HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), transmitido através das relações sexuais e do sangue contaminado (incluindo o compartilhamento de seringas e transfusão de sangue).

Os indivíduos infectados pelo HIV estavam vinculados a alguns grupos populacionais específicos e a aids foi relacionada àqueles de maior risco, como os homossexuais, os (as) profissionais do sexo e os usuários de drogas injetáveis. Na mesma época, iniciou-se o uso de termos depreciativos, como a associação da doença ao “câncer gay”, principalmente pela ocorrência de um câncer raro em homens jovens, previamente saudáveis, em sua maioria homossexuais masculinos (BASTOS, 2006), além da utilização do termo GRID (*Gay-Related Immune Deficiency*).

Ademais, devemos destacar o protagonismo do movimento gay no enfrentamento da aids no mundo, que incentivou outros grupos ao longo da sua história. No começo da epidemia, houve a negação dos governos sobre a sua gravidade, não disponibilizando serviços adequados para os cuidados da saúde das pessoas infectadas pelo HIV. Com a falta do apoio, diversas organizações comunitárias, que reuniam ativistas, começaram a se formar para a prestação desse serviço (PARKER, 2011).

O esforço para conseguir cuidados adequados para aqueles adoecidos pelas aids seguia concomitantemente com a luta do movimento gay por direitos, dando visibilidade para uma doença que ia contra a liberdade sexual pela qual tanto reivindicavam. Esse movimento influenciou para que surgissem, em todo mundo, diversas organizações comprometidas com o ativismo e vinculadas a HIV/aids (PARKER, 2011). Também nesse período diversas personalidades mundiais e nacionais foram infectadas com o vírus, exibindo os efeitos adversos da doença, como a perda excessiva de peso e de gordura no rosto, em decorrência da lipodistrofia.

No Brasil, a epidemia surgiu nas grandes capitais, no começo da década de 1980, principalmente nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo, e entre alguns grupos, como os homossexuais, bissexuais e aqueles que precisavam de hemoderivados, sobretudo os hemofílicos (SZWARCOWALD; BASTOS; CASTILHO, 1998; BASTOS, 2006; SOUZA-JÚNIOR, 2009). O surgimento do movimento homossexual no país ocorreu no contexto

favorável de mobilização da sociedade, e se configurou como um importante ator social na luta contra a aids e, principalmente, na reivindicação por respostas governamentais e na construção das (ONGs) ao longo das décadas de 1980 e 1990. A inserção da aids na agenda política contribuiu para o fortalecimento da sociedade civil, que passou a lutar pelo acesso gratuito ao tratamento e para distribuição dos antirretrovirais em todo o país (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Entre as décadas de 1980 e 1990, os jornais brasileiros traziam reportagens que reforçavam a utilização dos termos estigmatizantes vinculados aos soropositivos. As pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) eram subdivididas em duas categorias: os “culpados” (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de droga) e os “inocentes” (hemofílicos, filhos de mães soropositivas, esposas de maridos com múltiplos parceiros). Certas PVHA eram retratadas como “perigosas” para a sociedade, acusadas de utilizar o sangue contaminado como “arma”, além das diversas manchetes e notícias sobre a transmissão sexual proposital (MOTT, 2002). Destaca-se, desta forma, o papel da mídia na reprodução do estigma e do preconceito perante as PVHA. As primeiras reportagens também chamavam atenção para uma doença “do primeiro mundo” que estava presente “no terceiro mundo”, onde as narrativas dos jornais reforçavam a ideia da infecção de HIV/aids em determinados grupos (GALVÃO, 2000). Apesar da visibilidade da epidemia na televisão, sendo a primeira doença amplamente midiaticizada, o foco em certas populações fez com que o HIV não fosse debatido entre os heterossexuais, sobretudo as mulheres (GONÇALVES; VARANDAS, 2005).

Outros fatores contribuíram para marginalizar aqueles que tinham contraído a aids no começo da epidemia, como a moralidade religiosa que pregava a não utilização da camisinha e condenava os homossexuais por acreditar que manter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo era contra os princípios de diversas religiões (MOODIE; ABOAGYE-KWARTENG, 1993).

Após 30 anos da epidemia, a disseminação do HIV continua, sendo que, até o final de 2013, a aids estava relacionada a mais de 36 milhões de mortes no mundo. Segundo os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), só no ano de 2013 foram 1,5 milhões de mortes. Todavia, sem os medicamentos, a situação seria muito pior (MALTA et al., 2015).

No Brasil, até meados da década de 1990, a terapia antirretroviral (TARV) não era de ampla distribuição no país, muitos só contavam com o medicamento Zidovudina (AZT) e a sobrevivência mediana era de 5 meses (MARINS et al., 2003). O governo passou a fornecer gratuitamente os medicamentos da TARV a partir de 1996 e, com o advento da terapia

antirretroviral altamente ativa (HAART), em 1997, iniciou-se uma nova fase da epidemia. A maior sobrevivência dos soropositivos alterou a visão de HIV/aids no país e introduziu aspectos relacionados à qualidade de vida.

A sociedade civil brasileira foi responsável por várias conquistas no campo da aids em função da pressão que exercia no governo brasileiro, exigindo respostas à epidemia, principalmente do Departamento de IST<sup>1</sup>, Aids e Hepatites Virais, vinculado ao Ministério da Saúde. Entretanto, com as dificuldades de ordem financeira, as ONGs aids do Brasil construíram parcerias com o governo para promoção de campanhas e testagem<sup>2</sup>. A aplicação dos testes para a detecção do HIV, em algumas ONGs, não foi consenso entre os ativistas e houve um longo e acalorado debate sobre o papel do movimento social no atual cenário da aids no país, sobretudo pela falta de financiamento e fazendo com que esses ativistas perdessem o lugar de protagonistas na luta histórica por direitos. A escassez de programas educativos do governo, que privilegiou uma abordagem biomédica para o enfrentamento da aids no país, fez com que surgisse, segundo Parker (2016), uma “cortina de fumaça”, que funcionou para justificar os cortes de verbas tanto na prevenção de base comunitária quanto nas campanhas em função da “moral e bons costumes” pregada por certos políticos.

No Brasil, foram notificados e diagnosticados mais de 840 mil casos de HIV (de 1980 até 2016), com média de 41,1 mil casos nos últimos 5 anos (BRASIL, 2016). O receio de se testar para o HIV está sendo enfrentado pelo governo brasileiro, cujo atual lema é “testar e tratar”. O Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV e aids, lançado no dia 1º de dezembro de 2013, preconiza que pessoas que acabaram de receber o diagnóstico positivo para o HIV podem começar o tratamento antirretroviral. Esta nova política, conhecida por “tratamento como prevenção” (TasP), alinha-se às diretrizes internacionais para a redução da transmissão do HIV. Trabalhos recentes têm mostrado os benefícios da detecção precoce da infecção pelo HIV e do início imediato da TARV, não só em nível individual (GRINSZTEJN et al., 2014), mas também para a redução da transmissão do vírus em nível populacional (MONTANER et al., 2014). O problema é que a testagem está desvinculada de ações e de campanhas continuadas<sup>3</sup> e até mesmo do campo dos direitos, pois é necessário garantir apoio a

---

<sup>1</sup> Infecções Sexualmente Transmissíveis.

<sup>2</sup> O governo também foi peça importante na construção das Assessorias Jurídicas que dão suporte às PVHA que desejam lutar pelos seus direitos. Contudo, a dificuldade de financiamento das ONGs fez com que muitas Assessorias Jurídicas encerrassem as suas atividades.

<sup>3</sup> As campanhas de prevenção são realizadas, sobretudo, no período de carnaval. Segundo a reportagem da Folha de São Paulo, em 2017, diversas entidades que representam as PVHA divulgaram cartas de repúdio contra a campanha veiculada na TV sobre a prevenção do HIV no carnaval, principalmente com a divulgação que 260 mil pessoas sabem que têm HIV e não se tratam e outras 112 têm o vírus e não sabem que estão contaminadas. Para

todos que tenham o resultado positivo para o HIV e contribuir para o empoderamento e a conscientização sobre os seus direitos, sobretudo nas comunidades mais afetadas pela epidemia (PARKER, 2015).

Apesar dos grandes avanços no que tange ao tratamento das PVHA, há aspectos que permanecem no contexto da aids desde o surgimento da epidemia, como o estigma, a discriminação e a violação dos direitos em torno dessa população. As PVHA ainda têm receio de revelar o diagnóstico de HIV para as famílias, os amigos e os parceiros sexuais, pelo medo de marginalização e exclusão social (KRAUSE et al., 2013). O receio em saber o status sorológico provoca atrasos na realização do teste e no início do tratamento, que tem impacto tanto na progressão da doença entre os infectados pelo HIV como também na transmissão do vírus aos seus parceiros sexuais (MACCARTHY et al., 2014).

A investigação sobre violação dos direitos e discriminação das PVHA no universo do trabalho surgiu por meio de alguns levantamentos e da análise de dados, indicativos que o diagnóstico positivo pode acarretar em demissão e discriminação no ambiente de trabalho, com reflexos econômicos e traumas psicológicos. A partir da abordagem da discriminação relacionada ao universo do trabalho, investiga-se, no presente estudo, se as PVHA possuem acesso às informações sobre os direitos garantidos por leis, como os decretos e as resoluções, que protegem os soropositivos de ações discriminatórias.

Assim, a proposta principal da tese é investigar a discriminação, o estigma e as principais violações de direitos e leis relacionados ao trabalho das PVHA no Brasil, além de caracterizar o acesso às informações de proteção. Dessa forma, torna-se necessário fazer a seguinte pergunta: Como se configura a discriminação relacionada ao trabalho entre as pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil? Após definir a proposta principal, algumas perguntas foram formuladas e nortearam a estruturação do trabalho a partir dos dados quantitativos e qualitativos: Quais são as principais situações de discriminação relacionadas ao trabalho experimentadas pelas pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil? Qual(is) a(s) principal(is) violação(ões) vinculada(s) ao trabalho das pessoas vivendo com HIV/aids? Como se configura o acesso às informações sobre os direitos e leis relacionadas ao trabalho das pessoas vivendo com HIV/aids?

A partir dessas questões, o trabalho se desenvolveu na compreensão de que um dos componentes para o enfrentamento da discriminação das PVHA está no acesso à informação

---

os ativistas, ao destacar esses dados, a campanha acaba culpabilizando e estigmatizando essa população. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano2017/02//1861537-entidades-criticam-nova-campanha-d-o-ministerio-da-saude-para-o-carnaval.shtml>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

sobre os direitos. Sendo assim, foi definido como objetivo geral obter a caracterização da discriminação relacionada ao trabalho e à violação de direitos e leis das pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil. Como objetivos específicos:

- 1 - Analisar pesquisas e dados sobre o estigma e a discriminação relacionados ao trabalho das pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil e no mundo;
- 2 - Identificar as principais violações de direitos e leis referentes ao trabalho vinculado às pessoas vivendo com HIV/aids no país;
- 3 - Investigar o acesso às informações das pessoas vivendo com HIV/aids no país em relação a direitos e leis, sobretudo no contexto do trabalho.

A partir dos levantamentos sobre o tema, não foi encontrado trabalho acadêmico, de abrangência nacional, que tivesse como foco principal a questão do estigma e da discriminação no acesso e/ou no ambiente de trabalho das PVHA. Somente uma pesquisa, realizada entre os anos de 2005 e 2012, “Monitoramento de Atividades de Prevenção e Controle da Infecção pelo HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis em Empresas Brasileiras”, implementada pelo Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/Aids (CENAIDS), foi aplicada em todo o país com questões sobre a discriminação entre os colegas de trabalho, a solicitação de atestados de exames de HIV, o aconselhamento sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a garantia do emprego para essa população. No entanto, os respondentes foram somente os empregadores.

A análise dos dados da pesquisa “Pacientes em Terapia Antirretroviral no Brasil: Resposta do Sistema de Saúde e Qualidade de Vida” trouxe aspectos importantes sobre a discriminação relacionada ao trabalho e a influência sobre a qualidade de vida dos pacientes em tratamento.

Os levantamentos nacionais sobre o estigma e a discriminação de PVHA apontaram que as experiências individuais de discriminação foram as mais recorrentes e que grande parte dos artigos abordaram os conceitos de forma secundária, mostrando a carência de análises teóricas. Os efeitos do estigma em torno da aids foram relacionados à não revelação do diagnóstico, ao isolamento social, ao desemprego, aos problemas na realização de testes de diagnóstico de HIV e à adesão à TARV, entre outros fatores. Importante destacar a necessidade, no Brasil, de desenvolvimento de novas contribuições conceituais e metodológicas que contemplem as relações de poder e opressão presentes na formação do estigma e da discriminação ligados à aids; há lacunas de trabalhos que abordem os aspectos estruturais relacionados aos processos políticos, econômicos e sociais para a formação do estigma e da discriminação, além das poucas



pesquisas, no campo da saúde coletiva, que incorporam, de fato, os conceitos de estigma e discriminação (FRANÇA-JUNIOR; ZUCCHI, 2013; MONTEIRO et al., 2013).

Destacamos também o desafio metodológico em se trabalhar com os aspectos relacionados ao estigma e a discriminação, seja dentro ou fora do campo da Saúde Pública. Os pesquisadores utilizam diversas estratégias metodológicas para conseguirem desenvolver investigações sobre essa temática, através de experimentos laboratoriais; de estudos e análise de dados observacionais; de experimentos naturais; e de análise de indicadores populacionais. A discriminação interpessoal também está vinculada a outros processos e que impacta na saúde dos indivíduos, como a discriminação institucional (segregação espacial) e o racismo (BASTOS; FAERSTEIN, 2013). No que tange as pesquisas sobre a discriminação relacionada a HIV/aids, a produção acadêmica internacional indica que inúmeros trabalhos desenvolveram teorias e estratégias metodológicas sobre o tema. Com isso, os pesquisadores estão trabalhando arduamente com o intuito de entender a dinâmica pela qual o estigma e a discriminação são produzidos em nossa sociedade (MONTEIRO; VILLELA; SOARES, 2013).

Na tese, foram analisados os dados quantitativos, coletados em amostra de abrangência nacional, e dados qualitativos para aprofundar uma das questões mais importantes relacionadas ao bem-estar social das PVHA, ou seja, o trabalho. A carência de dados nacionais sobre o tema indica que ele não é visto como prioridade nas pesquisas acadêmicas. É preciso observar, entretanto, que o estigma e a discriminação vinculados às PVHA persistem mesmo na quarta década da epidemia, sendo fundamentais para o enfrentamento da mesma.

Sobre o acesso às informações relacionadas a HIV/aids, a pesquisa realizada na base SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) com os descritores “acesso”, “informação” e “aids” revelou que os estudos abordaram os seguintes temas: acesso aos procedimentos para a prevenção do HIV; sistemas de informações relacionadas à aids; educação sexual; acesso aos medicamentos; planejamento familiar; populações sob maior risco; entre outros. Na tese, investiga-se o acesso a outro tipo de informação e, sobretudo, para entender como as PVHA têm acesso às informações que as beneficiam no que tange às questões relacionadas ao trabalho.

Assim, justifica-se o desenvolvimento da presente tese não só pela importância do tema, mas também pela originalidade dos aspectos abordados, como o nível de acesso às informações sobre os direitos, o local de obtenção das informações e a sua utilização no alcance dos benefícios. Além disso, foram pesquisados temas relacionados à discriminação no ambiente de trabalho, tais como: a revelação da sorologia para os colegas de trabalho; a demissão arbitrária; a entrada de processos na justiça contra seus empregadores; o exame de HIV na admissão no emprego; entre outros.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO

### 2.1 O CONTEXTO DE HIV/AIDS E OS DIREITOS HUMANOS

No debate internacional relacionado à epidemia de HIV/aids, o tema dos direitos humanos vem se tornando primordial. O estigma e a discriminação de PVHA se inserem no campo internacional dos direitos humanos desde o surgimento da epidemia, na década de 1980, impulsionados por Jonathan Mann (diretor/fundador do Programa Global da OMS para HIV/SIDA) (PARKER; AGGLETON, 2003).

Segundo Mann (1996), a relação entre direitos humanos e saúde deve considerar três aspectos: 1- como políticas, programas e práticas podem violar os direitos humanos; 2 - quais os impactos da violação dos direitos e da dignidade humana; 3 - quais as relações entre direitos humanos e saúde. Neste sentido, cabe refletir de que modo os processos de estigma e discriminação (diretos ou indiretos) repercutem nas condições de vida e na saúde dos indivíduos.

A relação entre direitos humanos e HIV/aids teve destaque com a criação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), na segunda metade da década de 1990, e foi reforçada com a inclusão da saúde na Declaração de Viena, em 1993, durante a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (PARKER, 1997).

Além da criação do UNAIDS, outros dois acontecimentos foram fundamentais nesse campo: a 11ª. Conferência Internacional Sobre Aids, em Vancouver, em 1996 (onde foi anunciada a terapia antirretroviral, sendo uma questão importante para os direitos das PVHA); e a 26ª. Sessão Extraordinária da ONU (UNGASS) sobre HIV/aids (2001), onde a relação entre direitos humanos e aids foi consolidada, principalmente pela divulgação da Declaração de Compromissos em HIV/aids (PARKER, 2013). A declaração de compromissos foi assinada por 189 países, que incluiu nove metas nacionais, regionais e globais, para o enfrentamento do estigma, da discriminação e do preconceito sofridos pelas PVHA (PARKER, 2013; GRANGEIRO et al., 2006).

Alguns instrumentos foram propostos para monitorar o estigma e a discriminação de PVHA. O primeiro foi desenvolvido pelo UNAIDS, no ano 2000: “Protocolo para a identificação da discriminação de Pessoas Vivendo com HIV/Aids” (CHAN; REIDPATH, 2005). Com o objetivo de subsidiar ações de redução de discriminação dos indivíduos infectados pelo HIV, os dados gerados pelo protocolo foram utilizados para construir um indicador quantitativo, com trinta e sete itens referentes à ocorrência de discriminação nas

atividades habituais das PVHA (UNAIDS, 2000), em dez principais áreas da vida social, sendo uma relacionada ao emprego e cujas questões abordaram: 1 - o teste obrigatório de seleção; 2 - os testes obrigatórios durante o emprego; 3 - as dúvidas sobre as formas de seleção e/ou durante a entrevista relacionada ao status de HIV/aids e/ou “ao estilo de vida”; 4 - a falta de confidencialidade do status de HIV/aids; 5 - a demissão ou a mudança(s) no emprego em razão da condição de HIV/aids; 6 - as restrições devido à situação de HIV/aids (por exemplo, promoção, localização do trabalho, formação e/ou benefícios no emprego); e 7 - a negação de emprego em razão da condição de HIV/aids.

O segundo instrumento para o monitoramento do estigma e da discriminação de PVHA foi desenvolvido pela *United States Agency for International Development*, na primeira década dos anos 2000 (USAID, 2006). A formulação desse instrumento buscou compreender o estigma e a discriminação em quatro níveis: 1 - medo da transmissão casual e recusa de contato com as pessoas vivendo com HIV/aids; 2 - valores (vergonha, culpa e julgamento); 3 - estigma efetivado (discriminação); e 4 - revelação. O questionário foi desenvolvido para avaliar o nível de discriminação da comunidade, entre os profissionais de saúde e situações vividas pelas PVHA. Sobre a abordagem do emprego, elas foram dirigidas especificamente às PVHA e relacionadas a: 1 - experiência de discriminação no ambiente de trabalho; 2 - discriminação pelo empregador; 3 - discriminação pelos colegas; 4 - perda do emprego; 5 - mudança das funções no trabalho; 6 - oferta da aposentadoria antecipada; 7 - perda da perspectiva de promoção; 8 - assédio durante o expediente ou o sentimento de desconforto no trabalho.

A partir dos anos 2000, ocorreu a intensificação do debate sobre os direitos humanos e aids, destacando-se a Décima Reunião do Programa das Agências ligadas a UNAIDS, em dezembro de 2000, onde foi divulgada uma agenda mundial para o combate ao estigma das PVHA. No período 2002-2003, o estigma foi o tema escolhido para a campanha mundial de HIV/aids, com ênfase na importância do tema, tanto conceitualmente quanto programaticamente. O documento do UNAIDS (2010) chama a atenção, igualmente, para a necessidade da ampliação de programas que capacitem os prestadores de serviços e os portadores de HIV/aids na defesa dos direitos humanos, como na promoção das leis contra a discriminação das PVHA.

Em 2011, foi publicado um documento da ONU - abordando os direitos humanos como uma luta a ser vencida pelas PVHA -, relacionado à adequação das legislações nacionais e visando à proteção dos direitos dessa população em nível global. São apresentados os marcos jurídicos, sociais e normativos, voltados para o fomento dos direitos humanos e a redução do estigma e da discriminação em relação ao HIV.

Diversos são os problemas acarretados pelo estigma e pela discriminação de PVHA. Há países que utilizam o teste obrigatório de HIV/aids para limitar os direitos dos soropositivos, restringindo as viagens internacionais; impondo barreiras para o acesso ao emprego e à moradia; dificultando o acesso ao sistema de educação, os cuidados médicos ou de planos de saúde; além da quebra do sigilo do diagnóstico (GRUSKIN; TARANTOLA, 2001).

No Brasil, a luta pelos direitos das PVHA ocorre desde o começo da epidemia. O desenvolvimento das políticas em torno de HIV/aids passou por fases que se confundem com a própria história política do país. Os anos iniciais da epidemia (1982/1985) foram caracterizados pela notificação dos primeiros casos, pela onda de pânico, discriminação e estigma e pela mobilização da sociedade civil organizada. Na fase seguinte (1986/1990), começa uma resposta em nível federal, que se desdobra na organização das políticas de controle da epidemia pelo Programa Nacional de Aids, atualmente denominado Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (PARKER, 1997). Cabe ressaltar que a organização das ações de combate a HIV/aids ocorreu durante o processo de consolidação da abertura política e redemocratização do país, que se caracterizou pela influência das demandas sociais na conformação de políticas de saúde (PARKER, 1997).

O movimento da reforma sanitária fez parte desse contexto, assim como a reconfiguração do sistema de saúde brasileiro e o ativismo da sociedade civil. Tais fatores, associados à mobilização ocorrida no cenário internacional, influenciaram as respostas à epidemia como uma das prioridades para a Saúde Pública no país (GRANGEIRO; LAURINDO DA SIVA; TEIXEIRA, 2009).

As respostas sociais frente a HIV/aids no Brasil contaram com uma importante atuação de organizações não governamentais (ONGs). Datam deste período o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids de São Paulo (GAPA), criado em 1985, que realizava a divulgação de informações sobre HIV/aids e prestava auxílio aos soropositivos; e a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), originada em 1986, com o propósito de acompanhar as decisões políticas governamentais de HIV/aids e desenvolver pesquisas para “construir um saber nacional sobre a aids” (VILLELA, 1999).

A luta contra o estigma de HIV/aids emergente no movimento social volta-se, principalmente, para os direitos humanos dos homossexuais, que identificavam o preconceito como um fator de vulnerabilidade para o grupo. Ações semelhantes foram realizadas pelos grupos “Atobá (Rio de Janeiro), Somos (São Paulo) e o Grupo Gay da Bahia (Salvador)”, ainda na década de 1980 (VILLELA, 1999). Em 1989, foi criada a “Declaração dos Direitos fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids”, sendo aprovada no Encontro Nacional de

ONG/Aids (ENONG) em Porto Alegre e recebida como um grande passo para assegurar aos portadores de HIV/aids diversos direitos, como o acesso à informação clara, a assistência ao tratamento, as condições de vida associadas ao emprego, a privacidade do portador do vírus, entre outros. No que tange à discriminação, alguns itens da declaração estão apresentados no Quadro 1. É importante destacar que os itens V e X citam, explicitamente, a questão do trabalho:

**Quadro 1:** Incisos da “Declaração dos Direitos fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids” relacionados à discriminação. Brasil, 1989

Inciso	Conteúdo
<b>III</b>	Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou <b>qualquer tipo de discriminação</b> ;
<b>IV</b>	Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual;
<b>V</b>	O portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tende a recusar aos portadores de HIV/aids um <b>emprego</b> , um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los a participação nas atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei;
<b>X</b>	Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, <b>profissional</b> , sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

A declaração redigida durante a ENONG foi impulsionada pela Constituição Federal de 1988 e, durante as décadas de 1990 e 2000, alguns estados reforçaram os direitos das PVHA e proibiram atos discriminatórios, como: Goiás; Rio de Janeiro; São Paulo; Minas Gerais; Espírito Santo; e Paraná. Foi a partir da Constituição que surgiram também iniciativas do legislativo relacionadas ao combate à discriminação das PVHA no local de trabalho, no atendimento de saúde, em instalações públicas, à proibição dos profissionais de saúde em revelar informações confidenciais dos portadores de HIV/aids, entre outras. Nesta época, as ONGs tiveram o papel de auxiliar juridicamente os soropositivos, reunindo esforços para que leis antidiscriminatórias fossem julgadas procedentes (VENTURA, 1999; SAFREED-HARMON, 2008). Essa função ficou mais evidente com a criação das Assessorias Jurídicas de ONGs/aids no Brasil, onde o Grupo Pela Vidda Rio e o GAPA/SP foram os pioneiros, servindo de modelo para as demais ONGs no país (VENTURA, 2003). Na década de 1990, o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais começou a financiar as Assessorias Jurídicas e, a

partir de 2005, o aporte financeiro passou a ser via editais específicos, sendo que foram financiados 39 projetos<sup>4</sup> no ano de 2009 (DECOTELLI, 2011).

Além das leis, outros tipos de auxílios sociais e cuidados para as PVHA foram propostos no final da década de 1980 pelas ONGs de aids, por vezes em parceria com organizações governamentais, voltadas para apoiar as famílias das pessoas soropositivas e fornecer informações sobre prevenção e cuidados. Neste mesmo período, foram criados, pelo Ministério da Saúde, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), visando estimular a testagem do HIV, o acesso à informação e o encaminhamento daqueles com o teste positivo para os Serviços de Assistência Especializada (SAEs).

A municipalização dos serviços de saúde com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1989, contribuiu para a descentralização do atendimento aos pacientes. Na primeira metade da década de 1990, outra iniciativa importante para o enfrentamento de HIV/aids no Brasil foi a criação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com Aids (RNP+ Brasil), que passa a ser o canal de reivindicações das PVHA e um espaço de inclusão social (VILLELA, 1999).

No final da década de 1990, houve a maior conquista relacionada aos direitos humanos para as PVHA no Brasil: a gratuidade no tratamento por meio da distribuição dos antirretrovirais. Essa conquista foi construída através da pressão da sociedade civil, junto com o antigo Programa Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais e o Ministério da Saúde (MS), que propôs quebrar a patente de alguns medicamentos para que a população com aids pudesse ter acesso a um tratamento altamente caro (NUNN et al., 2007). Este fato mostrou o poder das PVHA nessa época, na organização para exigir o direito de viver, já que, sem o tratamento, a sobrevivência era muito curta. Este feito colocou o Brasil como um modelo que foi seguido mundialmente (BASTOS et al., 2001).

A quarta década da epidemia da aids trouxe a consolidação de conquistas importantes relacionadas aos direitos dos soropositivos no Brasil, como: a gratuidade do tratamento com os antirretrovirais; o atendimento e acompanhamento nas unidades públicas de saúde por meio do SUS; a participação ativa da sociedade civil, que resultou em ações de controle social e no estabelecimento de parcerias entre organizações governamentais e não governamentais; as políticas e os recursos legais voltados para a proteção dos direitos das PVHA; a divulgação de campanhas de prevenção; a distribuição de preservativos; a redução da taxa de mortalidade; e

---

<sup>4</sup> No Portal do Departamento, há uma relação de 57 ONGs/aids que oferecem esse trabalho, mas consideramos que esses dados estão desatualizados. O estado do Rio de Janeiro aparece com 4 Assessorias Jurídicas nas cidades do Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo e Petrópolis, mas somente o Grupo Pela Vidda Niterói tem à disposição uma advogada que entra com ações na justiça.

o aumento da população que realizou o teste para o diagnóstico de HIV/aids (MONTEIRO; VARGAS, 2003; GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010). Assim, a sociedade civil que luta pelos direitos das pessoas que vivem com HIV/aids se tornou peça fundamental para que diversas reivindicações fossem levadas e debatidas para a esfera pública e política no país.

Contudo, apesar das inúmeras conquistas, podemos encontrar desafios a serem enfrentados no combate à epidemia no século XXI, sobretudo com o impacto das intervenções biomédicas na prevenção do HIV. A Prevenção Combinada contribuiu para a inclusão de tecnologias preventivas, sobretudo pela utilização dos antirretrovirais. O termo foi adotado pelo governo brasileiro em 2013, mas que empregou uma definição de Prevenção Combinada que rompeu com a abordagem baseada nos direitos humanos e que não mencionava o enfrentamento de fatores estruturantes do HIV, como, por exemplo, a homofobia, a discriminação baseada na identidade de gênero, entre outros elementos. A falta de um debate sobre gênero e sexualidade, que foi retirado da pauta das escolas em função da pressão feita pelos grupos fundamentalistas no poder legislativo (censurando materiais educativos), colaborou para esse cenário. Dessa forma, o sucesso das tecnologias biomédicas está ligado a qualidade dos serviços de saúde para que os usuários tenham motivação para aderirem ao tratamento. Lembramos que o estigma da aids afeta as PVHA, sobretudo aquelas vinculadas aos grupos mais atingidos pela epidemia, quando buscam o diagnóstico, quando revelam a sorologia e quando tentam se vincular aos serviços de saúde (FERRAZ, 2016).

## 2.2 O TRABALHO COMO CATEGORIA DE PENSAMENTO

No campo da Antropologia, os trabalhos acadêmicos abordam categorias principais, denominadas “boas para pensar” (LÉVI-STRAUSS, 1974), que funcionam como eixos para a análise de dados de pesquisas. Nesta tese, algumas categorias são abordadas: discriminação; HIV/aids; acesso; informação e direitos. Porém, a categoria “trabalho” é central e o foco da discriminação de soropositivos foi direcionado a esta categoria.

O trabalho é uma parte essencial na vida de todos que estão inseridos na População Economicamente Ativa (PEA). Pelo trabalho, exercemos atividades laborativas e trocamos pelo valor e qualidade do que foi produzido e os tipos de tarefas, complexas ou simples, realizadas. Igualmente, o trabalho dá ao indivíduo o sentimento de pertencimento social, de vinculação, possibilita o relacionamento com outras pessoas, além de proporcionar objetivos à vida (MORIN, 2001).

Segundo o verbete “trabalho” do Dicionário de Ciências Sociais da Fundação Getúlio Vargas (1987), esta categoria pode ser percebida tanto pela perspectiva econômica quanto do ponto de vista psicológico. O fundamental na perspectiva econômica são a renda do trabalhador, as condições de emprego, a posição socioprofissional, entre outros aspectos. Já pelo olhar psicológico, o trabalho provoca diferentes níveis de satisfação no trabalhador, de acordo com a forma e o meio em que as atividades laborais são desempenhadas.

A noção de trabalho vem se transformando através dos séculos e é a partir da perspectiva marxista que a produção do indivíduo se associa ao capitalismo, em que o trabalho é visto como um meio de transformar a natureza para suprir as necessidades humanas. Desta forma, o trabalho é construído e reproduzido na realidade social e traz diversas dimensões, de ordem pessoal e social, que influenciam as pessoas em determinado momento histórico, na atividade laboral e na produção dos trabalhadores (TOLFO; PICCININI, 2007).

Nesse sentido, a distinção entre os indivíduos ditos “saudáveis” e aqueles que adoecem também é parte desse processo. Na sociedade capitalista, o conceito de doença está vinculado à incapacidade individual, o que prejudica a acumulação capitalista, interferindo na economia e no lucro das empresas (LAURELL, 1982). Entre os determinantes sociais da saúde, o grau de escolaridade é considerado o mais estável ao longo da vida e distinto do trabalho e da renda, que podem variar, dependendo do momento profissional e da capacidade para o trabalho (FONSECA; SZWARCOWALD; BASTOS, 2002).

É de interesse do empregador que sua força de trabalho seja saudável e que seus funcionários não percam horas ditas “produtivas”, principalmente por estarem doentes ou indo a consultas médicas. Por isso, a lógica do mercado não funciona para aqueles que possuem o HIV ou a aids. A mudança de função para os soropositivos seria uma saída viável, mantendo os funcionários em trabalhos que fossem capazes de desenvolver. O tratamento através dos antirretrovirais (ARV) pode, por outro lado, atrapalhar a capacidade produtiva das PVHA, pois os medicamentos podem gerar diversos efeitos colaterais (TEIXEIRA; SILVA, 2008). Igualmente, as doenças oportunistas podem diminuir a capacidade laboral (SILVA; FILHO; FERREIA, 2007). Contratar uma pessoa sabidamente soropositiva se torna um complicador e, por isso, muitos soropositivos que tentam se inserir no mercado de trabalho não revelam o diagnóstico.

Desde 1996, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) vem fomentando discussões sobre o tema. Questões como garantia do acesso ao emprego, prevenção da demissão, do estigma e da discriminação e aplicação de legislação específica nos países são abordadas frequentemente. Há consenso sobre a importância do diálogo entre diversos atores



(empregadores, especialistas em HIV/aids e trabalhadores) para se chegar à melhor forma de enfrentar este desafio no mundo. O trabalho pode propiciar uma melhora na qualidade de vida das PVHA, mas, ao mesmo tempo, podem ocorrer barreiras laborativas, principalmente em função de complicações médicas (internações), problemas de saúde mental associados com a depressão e ansiedade, dificuldades em se relacionar com colegas de trabalho, falta de motivação, déficit cognitivo, entre outras (SALCEDO; TOVAR; ARRIVILLAGA, 2013).

É possível concluir que a categoria “trabalho” traz uma série de questões para a vida das PVHA, envolvendo diversos aspectos importantes, desde o rendimento financeiro, socialização, até a motivação para o autocuidado. Dessa forma, podemos dizer que a análise desta categoria pode ser considerada como um “fato social total” (MAUSS, 1974), pois agrega diversos aspectos sociais da aids.

### 2.3 REVISÃO DA LITERATURA INTERNACIONAL SOBRE A DISCRIMINAÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO UNIVERSO DO TRABALHO

Para traçar o panorama internacional da discriminação de PVHA no trabalho, foi realizada uma revisão da literatura na Base *Scopus*, em 2014, por meio da combinação dos seguintes descritores: *aids and HIV and work or job or employment and discrimination*. Foram analisados 52 artigos, sendo que a maioria abordou a situação nos Estados Unidos da América (EUA). No levantamento, foram encontrados 2 artigos nacionais, que serão discutidos posteriormente.

A análise dos artigos foi realizada em dois planos. O primeiro aprofunda a relação entre os funcionários e seus empregadores, principalmente a demanda da testagem para a detecção do HIV e proteção dos interesses econômicos das empresas e do governo (no caso de funcionários públicos). Já o segundo apresenta as demandas dos funcionários com HIV/aids e o desenvolvimento de legislações e orientações internacionais para a manutenção dessa população nos postos de trabalho.

Os primeiros trabalhos surgiram na década de 1980 e abordaram a problemática da época: a falta de tratamento, a visão da morte iminente e vida relacionada aos comportamentos transgressores e vinculada aos grupos de risco. A discriminação dos infectados com o HIV ou a aids é comparada com a experimentada entre os deficientes nos EUA (CAREY; ARTHUR, 1987). A partir disso, os tribunais começam a empregar a Lei de Reabilitação (1973), por meio do Tribunal de Justiça da Flórida. Os efeitos da aids eram avaliados como limitadores para as atividades do dia a dia das PVHA (como o trabalho) e, por isso, considerados como

desvantajosos perante os indivíduos considerados “saudáveis”. A resolução foi aplicada somente para aqueles considerados incapacitados, ou seja, que não tinham condições para trabalhar (CAREY; ARTHUR, 1987).

A legislação americana preconizava que o empregador não poderia pedir o exame de HIV na admissão do emprego e as PVHA tinham direito ao sigilo, principalmente para que os empregadores não pudessem rastrear os colaboradores que tivessem sido infectados pelo HIV. Contudo, essa recomendação não foi respeitada e se refletiu em diversas atitudes discriminatórias e na quebra de sigilo do status sorológico realizado pelos empregadores. O HIV era tido como altamente contagioso, o que se refletia no medo de os funcionários trabalharem no mesmo ambiente que as PVHA, levando ao isolamento dos infectados. A discriminação era associada, sobretudo, à desinformação sobre as formas de transmissão do HIV, como aqueles que acreditavam na transmissão através do contato casual, além de preconceitos preestabelecidos sobre os estilos de vida que seriam mais propensos para contrair o vírus (CAREY; ARTHUR, 1987; KUSSNER, 1989; NUSBAUM, 1989).

A testagem para a detecção do HIV começou a ser empregada entre os funcionários das forças armadas americana e nas companhias aéreas, que demitiram aqueles com diagnóstico positivo (NUSBAUM, 1989). No caminho inverso, houve o esforço de algumas empresas e organizações que redigiram a “Declaração de Direitos no Local de Trabalho”, em 1988. A declaração pediu a não discriminação de PVHA no local de trabalho e o fim do receio da transmissão da infecção aos colegas que dividiam o mesmo espaço. Os empregadores denunciaram a falta de informações sobre a aids e recomendaram que os soropositivos tivessem os mesmos direitos trabalhistas que outras pessoas com doenças graves. A veiculação de evidências científicas sobre as formas de infecção, principalmente para desmitificar a transmissão do HIV entre aqueles que dividiam o mesmo espaço de trabalho, era necessária, além da abordagem educativa sobre a aids e informes sobre os meios de transmissão do vírus para os trabalhadores (LAMBERT, 1988).

Em âmbito internacional, houve a redação de uma declaração sobre aids e trabalho, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a OIT, no final da década de 1980, entre outros documentos desenvolvidos neste período. A declaração da OMS/OIT abordou vários temas importantes, reforçando o desejo das pessoas vivendo com HIV/aids de continuar trabalhando para melhorar o bem-estar físico e mental. O papel dos sindicatos na gestão de ações para acabar com a discriminação e proteção dos trabalhadores em situações especiais de saúde começa a ter relevância (TREBILCOCK, 1989).

As negociações coletivas realizadas no Canadá e nos Estados Unidos foram uma saída para os empregados lidarem melhor com a discriminação de HIV/aids no trabalho, na primeira década da epidemia. As negociações abriram um canal de diálogo entre os empregadores e trabalhadores, determinando conjuntamente os termos e as condições para o emprego aceitável, para ambas as partes. O combate à discriminação com base em HIV/aids poderia ser negociado nas cláusulas gerais e específicas do acordo. Todavia, cada negociação era vinculada a uma determinada empresa e, por isso, não tinha uma abrangência nacional (KUSSNER, 1989).

Apesar da abertura de diálogo entre os trabalhadores e empregadores, as implicações econômicas em manter um soropositivo no emprego eram levadas em consideração em muitas empresas. O afastamento do posto de trabalho era recorrente entre as PVHA pela falta de um tratamento eficaz na época. O setor público americano ofereceu suporte econômico para aqueles que ficaram desempregados ou que não conseguiram se aposentar. Assim, se o teste para detecção do HIV fosse permitido, os empregadores evitariam a contratação das PVHA, mas seria extremamente difícil a inserção dessa população no mercado de trabalho (KUSSNER, 1989; NUSBAUM, 1989).

Na década de 1990, os artigos aprofundaram a questão da discriminação, sobretudo na construção de diretrizes para os profissionais de saúde infectados. A produção bibliográfica teve novamente o foco nas leis americanas, com poucos trabalhos sobre outros países. Em âmbito internacional, destacou-se o artigo de Torgal (1995), que correlacionou os direitos humanos ao direito das PVHA não sofrerem discriminação na comunidade europeia. Para o autor, os princípios definidos na declaração da OMS sobre o controle e a prevenção de HIV/aids (1988) já indicavam que não havia necessidade de isolar os indivíduos infectados e que eles deveriam permanecer inseridos na sociedade.

Os artigos dos EUA, que abordaram a legislação e as diretrizes no começo da década de 1990, focaram nos direitos dos trabalhadores e nos deveres dos empregadores. Cada estado americano tinha a sua legislação específica para HIV/aids, mas com uma jurisprudência escassa. Havia uma tendência crescente do governo para expandir a proteção federal para as vítimas da aids, reforçada pela Lei de Reabilitação. Começaram a surgir diretrizes para regularizar o teste e garantir a confidencialidade, mas a política em demitir trabalhadores infectados pelo HIV permanecia (HEACOCK; ORVIS, 1990).

A questão do teste de HIV foi ainda mais discutida em função da pressão exercida pelas seguradoras de vida e de saúde, pois os gastos com o pagamento de seguros de vida e internações cresciam progressivamente. Na década de 1990, poucas empresas tinham políticas

amplas para os soropositivos e somente 10% delas as implantaram por um período curto, dois anos ou menos (HEACOCK; ORVIS, 1990; MELLO, 1994).

Diversas leis americanas começaram a ser aplicadas para garantir os direitos dos funcionários com aids. Certas categorias de funcionários públicos iniciaram a luta contra a testagem obrigatória por considerar uma invasão de privacidade. Neste contexto, os *Centers for Disease Control* (CDC) começaram a indicar diretrizes em como lidar com a aids (CURRAN, 1990). Em 1990, outra lei foi promulgada para os deficientes (*Disabilities Act - ADA*), dando ampla proteção para os indivíduos que sofriam discriminação (NUSBAUM, 1991; PRANSCHKE; WRIGHT, 1995).

Houve também uma onda de processos por aqueles que queriam permanecer no emprego, tendo suporte na política de luta contra a discriminação do indivíduo infectado pelo HIV no local de trabalho. As leis colocavam as PVHA ao lado de muitas pessoas que poderiam sofrer discriminação por serem portadores de alguma deficiência, seja física ou mental (NUSBAUM, 1991). Entretanto, ainda permanecia o medo da infecção pelos colegas de trabalho e, só pela suspeita de infecção pelo HIV, os funcionários poderiam ser demitidos por questões morais ou de cunho econômico. Em vista da recusa de empregadores em reintegrar as PVHA aos postos de trabalho, os tribunais começaram a decidir sobre o retorno ao cargo, conforme o tipo de serviço que os indivíduos realizavam (MELLO, 1994).

Alguns desenhos de políticas empresariais de HIV/aids surgiram também na década de 1990 e se integraram às já existentes, ou desenvolvidas por empregadores, separadamente. Um exemplo foi a divulgação dos meios de transmissão do HIV entre os funcionários, por meio de material de fácil leitura ou aplicação de testes de conhecimento. O objetivo era que os colegas fossem mais receptivos, deixando claro que os empregadores não iriam tolerar nenhuma discriminação contra as pessoas infectadas pelo HIV (PRANSCHKE; WRIGHT, 1995).

Nos anos 1990, cresceu também a preocupação nos Estados Unidos com a transmissão do vírus dos profissionais de saúde infectados para os seus pacientes. Alguns profissionais começaram a evitar a realização de procedimentos invasivos, aqueles que rompem a pele dos pacientes e atingem o tecido subcutâneo, sendo substituídos por outros profissionais e residentes. Houve, adicionalmente, a tentativa de introdução de leis para obrigar a revelação do diagnóstico para os pacientes. Existia, contudo, a preocupação que muitos profissionais perdessem os empregos ou fossem forçados a restringir suas práticas, enquanto o desenvolvimento de políticas caminhava lentamente. As queixas de discriminação eram recorrentes e as tentativas de mudança de posto de trabalho para tarefas administrativas eram frustrantes (GROSS, 1991).

A pressão nos trabalhadores da saúde fez com que, em 1991, os CDC publicassem diretrizes rígidas para a prevenção da transmissão do HIV em instituições de saúde. Com a implementação das novas diretrizes, as recomendações para os profissionais de saúde foram reforçadas, indicando a não realização de procedimentos invasivos por esses profissionais (ANDERSON,1993). Novamente, as restrições das práticas dos profissionais de saúde foram consideradas por alguns como discriminatórias (ANDERSON, 1993; SCHEERHORN, 1995).

Na segunda metade da década de 1990, os tribunais americanos avaliaram os riscos da transmissão do HIV pelos profissionais de saúde infectados para os pacientes, sobretudo para a reintegração e a autorização para o trabalho (REPORT OF..., 1996). Neste período, houve pressão de diversos grupos para que as diretrizes, desenvolvidas pelos CDC para os profissionais de saúde, fossem revisadas. Denúncias de discriminação, ondas de demissão e acusações de promoção da ruína de muitos desses profissionais eram recorrentes. Em 1998, muitos estados já haviam adotado práticas de avaliação com especialistas para julgar caso a caso os profissionais que poderiam ou não continuar trabalhando (RULES FOR..., 1998).

A introdução da terapia tripla, combinação de três tipos de medicamentos que surgiu no final da década de 1990, ajudou a melhorar a qualidade de vida das PVHA para o retorno ao trabalho. No entanto, ainda existiam diversos problemas enfrentados pelas PVHA, vinculados ao trabalho, tais como: a revelação do diagnóstico para o empregador (podendo gerar a demissão); a dificuldade de adesão ao tratamento pela quantidade de remédios do coquetel (estorvando o cumprimento do cronograma em horário de trabalho); o medo de ser discriminado pelo empregador; o problema em conseguir flexibilidade com os horários; a dificuldade em explicar no currículo um grande período de afastamento do emprego; entre outros (JALBERT,1997/1998).

Os artigos do começo dos anos 2000 objetivaram investigar o retorno das PVHA ao trabalho. Motivos prováveis para a mudança de foco foram o debate e o desenvolvimento de políticas e leis consolidadas nos Estados Unidos, principalmente na década de 1990, e a reflexão sobre os pacientes que estavam em tratamento antirretroviral e desejavam voltar a ter uma vida economicamente ativa, tanto nos Estados Unidos como em outros países. Ainda assim, o estigma e a discriminação eram fatores que constrangiam as PVHA na tentativa de efetivar o retorno ao mercado de trabalho (TIMMONS; FESKO, 2004; BRAVEMAN, 2006).

Outra questão importante para a decisão de retornar ou não ao trabalho era a possível perda de renda, pois muitas PVHA recebiam benefícios do governo americano pelo *Americans with Disabilities Act* (ADA), garantindo uma renda maior que a recebida na época em que

trabalhavam. Assim, o retorno ao trabalho poderia significar a piora da condição financeira para uma parcela dessa população (MARTIN et al., 2003; BROOKS et al., 2004).

Outros estudos abordaram realidades em outros continentes: Ásia, África e Europa. Os artigos asiáticos versaram sobre a implementação de políticas de aids nas empresas (legislação de proteção para as PVHA) (LAU; WONG, 2001) e o impacto da discriminação na vida das PVHA, inclusive no trabalho (THI, 2008). Em relação à África, houve um comunicado, publicado em uma revista internacional, sobre o encontro realizado em 2003 na Etiópia, a Décima Reunião Regional da Organização Internacional do Trabalho Africana em Aids, denominada ILO, que aprovou uma resolução, pedindo os esforços dos empregadores e trabalhadores para o enfrentamento de HIV/aids. A ILO pedia a criação de medidas para combater o estigma e a discriminação, além de incentivar estratégias de inclusão das PVHA no mercado de trabalho (AFRICAN ILO..., 2004). Na Europa, um artigo abordou as barreiras para o trabalho das PVHA na França. Neste estudo, as PVHA que reivindicavam o retorno ao emprego eram pessoas abaixo dos 30 anos e cidadãos de outras nacionalidades. A discriminação foi associada à tentativa de forçar o trabalhador a deixar o emprego e à experiência de isolamento dos demais funcionários (DRAY-SPIRA et al., 2003).

Em anos mais recentes, na segunda década dos anos 2000, os trabalhos desenvolvidos abordaram a questão do estigma e da discriminação no trabalho em âmbito mundial, como Portugal, Equador, Grécia, Turquia, China e Uganda, além dos tratados internacionais vinculados à aids, tirando o foco dos Estados Unidos.

O discurso da não discriminação foi respaldado pelos tratados internacionais e pelos documentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que tentou regulamentar os deveres dos empregadores, no que tange ao trabalho para as PVHA (PEREIRA, 2010; SALCEDO; TOVAR; ARRIVILLAGA, 2013). Neste sentido, foi adotada, pela primeira vez pela OIT, em 2010, uma norma internacional dedicada especificamente a HIV/aids e trabalho. Essa norma tem como base os direitos humanos e contempla disposições sobre prevenção, tratamento e cuidados, apoio e medidas antidiscriminatórias em nível nacional e no local de trabalho para as PVHA; foi respaldada pelo UNAIDS e pela OMS (SALCEDO; TOVAR; ARRIVILLAGA, 2013).

Apesar dos diversos tratados e normas, as PVHA continuam passando por situações de discriminação no emprego e inúmeros empregadores ainda expressam receios similares aos da década de 1980: transmissão do HIV e desqualificação dos funcionários infectados, principalmente pelos problemas de saúde que as PVHA podem desenvolver ao longo da vida e que se refletem na menor produtividade (DRYDAKIS, 2010). Este processo foi retratado no

filme *Filadélfia*, estrelado por Tom Hanks em 1993, cuja discriminação levou à demissão de um advogado promissor. Inspirado em fatos reais, o personagem do filme processa a empresa por discriminação em função da aids e pela orientação sexual, sendo uma das primeiras causas ganhas a favor de uma PVHA nos Estados Unidos por dispensa do posto de trabalho. Ainda hoje ocorrem cenas semelhantes no mundo.

Algumas pesquisas quantitativas que investigaram a opinião dos empregadores sobre as PVHA revelaram que a falta de informação clara e exata está na raiz dos comportamentos discriminatórios, sendo necessária uma mudança de atitude por meio de programas de intervenção (SURGEVIL; AKYOL, 2011; LIU, 2012). Esses programas deveriam se destinar, especificamente, aos empregadores e/ou responsáveis pelas contratações, para a redução do estigma (LIU, 2012).

De modo geral, o retorno ao trabalho pode interferir positivamente para a melhora do quadro de saúde das PVHA, sendo importante para a autoestima e para as relações sociais. O trabalho contribui para o bem-estar emocional, a dignidade e motivação pessoal, como apontado anteriormente na introdução, e está relacionado ao “fato social total” (MAUSS, 1974). Por outro lado, pode causar também estresse, gerado pelo estigma e pela discriminação, afetando as relações pessoais (TIMMONS; FESKO, 2004). Outros fatores associados ao estigma de HIV/aids podem influenciar as relações sociais das PVHA, principalmente entre aquelas que são percebidas como de maior risco para a infecção do HIV, como os homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis, minorias étnicas, entre outras. Assim, a discriminação ligada a HIV/aids se confunde, muitas vezes, com estigmas preexistentes na sociedade, dificultando as relações individuais e se refletindo em taxas mais elevadas de discriminação (CONYERS; BOOMER; MCMAHON, 2005).

Ao refazer a revisão da literatura internacional na Base *Scopus*, com os mesmos descritores, entre os anos de 2015, 2016 e 2017, apenas 7 artigos abordaram a questão do estigma e da discriminação das PVHA no trabalho. Os artigos de 2015 relacionados à Índia indicaram que a taxa de desemprego aumentou nessa população após o diagnóstico de HIV/aids; o estigma e a discriminação ainda são sentidos no trabalho, sobretudo por aqueles com baixa escolaridade e também em função das crenças e dos valores culturais; além do desejo das PVHA de uma maior aceitação social (KUMAR et al., 2015; SINGH et al., 2015). Outra pesquisa abordou os fatores que determinam o preconceito e a discriminação entre os trabalhadores da construção civil na África do Sul contra as PVHA, ligados à educação e ao conhecimento sobre HIV/aids, tanto na dimensão cognitiva do preconceito quanto na manifestação comportamental pela discriminação. A saída sugerida pelos autores é a formação

de programas que abordem as crenças culturais e campanhas de conscientização nas empresas (BOWEN et al., 2015). Além disso, um artigo americano realizou um balanço sobre a ADA (legislação que equipara as PVHA com os deficientes nos Estados Unidos), após 25 anos da sua implementação, evidenciando a importância para as PVHA mais pobres e que ainda passam por situações estigmatizantes (CROWLEY et al., 2015).

Já os artigos de 2016 abordaram o tema na Europa e indicaram que as PVHA ainda têm receio do estigma e da discriminação, possuem medo da divulgação do diagnóstico no ambiente de trabalho e estes fatores causaram barreiras para o cuidado e a prevenção desses indivíduos (FOREMAN; RATHAILLE, 2016). O debate sobre a legislação que compara as PVHA às pessoas com deficiência também foi analisado em outro estudo, no mesmo continente. Estas leis podem ser entendidas como uma forma de proteção para essa população contra o estigma e a discriminação no ambiente de trabalho em toda União Europeia (MCTIGUE, 2016). Por fim, um artigo do Sudão apontou que o impacto financeiro foi associado ao estigma em torno das PVHA, em função da sociedade conservadora, levando à perda do emprego (ISMAIL; EISA; IBRAHIM, 2016).

#### 2.4 REVISÃO DA LITERATURA NACIONAL SOBRE A DISCRIMINAÇÃO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO UNIVERSO DO TRABALHO

A revisão dos artigos foi realizada em duas bases de dados: 1 - SciELO Brasil (portal que integra diversas revistas indexadas brasileiras); e 2 - LILACS (que abarca a literatura da América Latina e Caribe na Área da Saúde Pública). Alguns descritores foram combinados nas buscas nas duas bases de dados, a saber: aids; HIV; trabalho; discriminação. O levantamento nacional relevou somente 4 artigos sobre essa temática e, por isso, foi necessário fazer um novo levantamento na internet, utilizando o Google Acadêmico (que permite realizar buscas de trabalhos revisados por especialistas), onde foram encontrados 3 artigos, além da utilização de um capítulo de livro, totalizando 8 trabalhos aqui analisados.

Entre os artigos do levantamento, somente dois abordaram o tema na década de 1990 e, tal qual os artigos internacionais, expuseram como o medo da transmissão do HIV e a “culpabilização” da disseminação do vírus pelos grupos de riscos eram recorrentes na época. Nessa década, o pedido de exame de HIV para a admissão no emprego já era proibido, mas realizado, por vezes, nas contratações.

Segundo Segre (1993), diversos dispositivos auxiliaram a proteção das PVHA nessa década, tais como: a Informação N° 29 da Comissão Científica de Aids de São Paulo



(sorotipagem para a realização de cirurgias) e o Parecer nº 11/92 do Conselho Federal de Medicina (abordando o sigilo do diagnóstico); a Recomendação da XI Reunião da Comissão Nacional de Apoio ao Programa da Aids e a manifestação do Ministério da Saúde, ambos de 1989, que pregaram a não discriminação; o parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e a Informação Nº 27 da Comissão Científica de Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, de 1989, que indicaram que não fosse realizado o exame de HIV, na admissão e em exames periódicos; a Portaria Interministerial Nº 869, de 11 de agosto de 1992, que proibiu o exame de HIV no âmbito do Serviço Público Federal; e a Resolução nº 1359/92 do Conselho Federal de Medicina, que recomendou a eliminação de toda medida discriminatória aos trabalhadores HIV positivos.

Outro trabalho indicou as ações das ONGs na época, relacionadas à discriminação das PVHA nas empresas. Entre elas, é possível destacar: 1 – a ABIA, no Rio de Janeiro, com o projeto “Solidariedade é uma grande empresa”, entre os anos de 1991 e 1994, que contou com 15 empresas conveniadas e forneceu assessoria técnica especializada e treinamento permanente; 2 – o GAPA/SP, que a partir da década de 1990 forneceu um programa de treinamento no local de trabalho, realizado nas sedes das empresas, com tópicos sobre direitos trabalhistas, prevenção, aspectos psicológicos, entre outros; 3 – o Centro de Controle de Investigação Imunológica Dr. A. C. Corsini, em Campinas, que prestou serviços clínicos e atendimento ambulatorial para os empregados soropositivos das empresas parceiras, além de realizar campanhas e palestras; 4 – o GAPA/RS, que desenvolveu, em 1991, o projeto “Empresa Segura”, com treinamentos e acompanhamentos de programas de aids nas empresas interessadas. Em 1992, o Ministério da Saúde decidiu implantar projetos para combater a aids nas empresas pelo então Programa Nacional de DST/Aids. A partir do financiamento do Banco Mundial, 8 projetos foram aprovados e relacionados à aids no local de trabalho nesse período (TERTO JÚNIOR, 1997).

Outros artigos investigaram aspectos específicos das PVHA no emprego, como a dificuldade da reinserção no mercado de trabalho, resultando no afastamento deles do convívio social, prejudicando a autoestima, propiciando o aparecimento de problemas psicossociais e, por sua vez, dificultando o enfrentamento de HIV/aids. A estigmatização desses trabalhadores, os atrasos, os danos provocados à saúde e os efeitos colaterais dos antirretrovirais foram apontados, pelas PVHA, como determinantes na dificuldade do acesso ao emprego (FERREIRA; FIGUEIREDO, 2006). Um trabalho abordou os problemas laborais enfrentados por essa população no ambiente de trabalho, considerando a demissão arbitrária uma questão importante, quando o empregador descobre o diagnóstico positivo de HIV do seu empregado.

O pedido de dano moral na justiça é possível e considerado uma forma compensatória pela discriminação. Além disso, a dispensa das PVHA do trabalho pode ser considerada como uma violência contra aqueles que já se encontram fragilizados, seja fisicamente e/ou psicologicamente (BULGARELLI; TÁVORA, 2013).

Alguns artigos abordaram aspectos de discriminação entre mulheres e homens vivendo com HIV/aids, no que tange ao trabalho. Em relação aos homens, os estudos foram realizados entre aqueles que acessaram o serviço público de saúde. A discriminação no emprego foi interpretada como um obstáculo relacionado ao bem-estar, afetando a identidade masculina e acarretando diversos problemas de saúde. A discriminação no acesso ou em situações vivenciadas no trabalho foi percebida nas falas dos participantes e sentida na dificuldade em processar as empresas (por falta de provas da demissão gerada em função do diagnóstico de HIV), além da pergunta se o candidato possui alguma doença grave nas fichas de seleção, na omissão da doença, na quebra do sigilo do diagnóstico nos exames pré-admissionais (proibida por lei), entre outros problemas (GARRIDO et al., 2007; FREITAS et al., 2012).

Ainda entre os homens, quando todas as formas de inserção no mercado de trabalho falham, resta a tentativa de se aposentar por invalidez pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), considerado por eles como um “atestado de exclusão”, que afeta a autoestima. Além disso, há o medo de o auxílio-doença influenciar a reinserção no mercado de trabalho (GARRIDO et al., 2007). O diagnóstico de HIV desencadeou uma série de consequências que prejudicou a atividade laboral dos entrevistados e a pressão para alcançar a produtividade esperada contrastou com o afastamento do trabalho em função do adoecimento e do acompanhamento clínico (FREITAS et al., 2012).

Dois estudos tiveram como sujeitos de pesquisa mulheres infectadas pelo HIV, que relataram o medo da discriminação nas relações familiares, no ambiente de trabalho e entre os amigos. O receio passa pelo isolamento e pelo julgamento do comportamento pela sociedade. No trabalho, o medo é vivenciado pela possibilidade de demissão e do diagnóstico ser relevado. Estar empregada significa a possibilidade de compor a renda familiar, além da independência econômica (CECHIM; SELLI, 2007).

Para as mulheres, o trabalho também é visto de forma dúbia, pois ao mesmo tempo que pode servir de suporte e lugar de acolhimento, pode ser também fonte de discriminação. O trabalho é utilizado para afastar os pensamentos recorrentes sobre a doença, pois o foco durante as horas de atividade laboral gira mais em torno do fazer, da produção e a lembrança de HIV/aids ocorre, apenas, quando tomam os medicamentos do coquetel. A dificuldade da

manutenção do emprego é referente também a adequar os horários de trabalho às consultas médicas (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

Apesar do levantamento nacional mostrar a reduzida produção sobre a discriminação das PVHA no trabalho, as pesquisas indicaram importantes achados sobre a atividade laboral dessa população, tais como: o medo da entrega periódica de atestado médico; o pedido de demissão como forma de se proteger de uma eventual revelação do diagnóstico em decorrência da discriminação experimentada; a incerteza da permanência no emprego; o ambiente de trabalho como um fator para a melhora da qualidade de vida; o medo do desemprego e as dificuldades na reinserção no mercado de trabalho, principalmente pelo desenvolvimento do quadro clínico da doença; os atrasos e as faltas no emprego, em decorrência das consultas médicas, entre outros (GARRIDO et al., 2007; CECHIM; SELLI, 2007; FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

## 2.5 O ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE DIREITOS E LEIS DE PROTEÇÃO DAS PVHA

Nesta parte, realiza-se uma abordagem analítica de algumas leis que protegem as PVHA de ações discriminatórias no Brasil e de um conjunto de processos sobre o tema.

Para compreender esse tipo de investigação, foram realizados dois tipos de levantamentos até agosto de 2013: 1 – Portal da Agência de Notícias da Aids, compreendendo o período de 10 anos (2003-2013); 2 – Processos no site JusBrasil, que organiza toda a informação jurídica brasileira e a disponibiliza no portal. Além disso, foi possível examinar o levantamento realizado no Centro de Documentação e Informação da Câmara dos Deputados (CEDI), em 2014, sobre pedidos para que o Projeto de Lei (PL) Nº 6124/05 entrasse na pauta de discussão na Câmara.

Para a procura no site da Agência de Notícias da Aids, foram utilizados os seguintes descritores, com os seus respectivos achados: “discriminação” (88); “discriminação e estigma” (2); e “estigma” (38), totalizando 128 matérias. No site JusBrasil, o descritor foi “discriminação aids”, que resultou em 801 processos de discriminação de soropositivos. Os descritores utilizados tiveram como papel o resgate, de forma objetiva, dos artigos relacionados à discriminação de PVHA.

O Portal da Agência de Notícias da Aids foi escolhido para essa seção por reunir diversas notícias e reportagens de jornais de ampla circulação no país, de jornais regionais, de sites com a temática específica em HIV/aids, além de produzir o seu próprio conteúdo. As leis foram pesquisadas por meio da literatura nacional sobre o tema, nas matérias e nos processos.

Foi realizado também um levantamento no site do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, que lista as leis estaduais e a lei nacional contra a discriminação de PVHA. O site JusBrasil foi utilizado para a busca de processos relacionados à discriminação por abranger os Tribunais Federais, Regionais e os Tribunais de Justiça, sendo a melhor forma para concretizar a procura nacional de processos relacionados à discriminação de PVHA.

#### A legislação relacionada à discriminação de soropositivos no Brasil

Quanto à existência da legislação que protege as PVHA contra a discriminação, verificou-se a criação de portarias, resoluções, leis e súmulas com esse intuito, desde a década de 1990, sendo sete leis em âmbito estadual, uma lei nacional, três portarias, três resoluções e uma súmula (Quadro 2). Dentre os achados, destacam-se: a proibição de pedido de exame de sorologia para o HIV em admissão, mudança de função, avaliação periódica, ou demissão; a proibição de discriminação aos portadores de HIV no emprego; as diretrizes para a perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) contemplando os aspectos psicológicos das PVHA; entre outros. Importante frisar a implantação, em 2 de junho de 2014, da Lei Nº 12.984 (BRASIL, 2014), que protege as PVHA contra a discriminação em âmbito nacional. A lei abrange outras esferas da vida dos soropositivos e inclui, principalmente, a proteção contra a demissão pela discriminação:

**Quadro 2.** Portarias, resoluções, leis e súmulas vinculadas à discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids. Brasil, 2013<sup>5</sup>

Legislação	Local	Data	Resumo
<b>Portaria Interministerial Nº 869</b>	Brasília*	11 de agosto de 1992	Proíbe a testagem para detecção do vírus HIV, nos exames pré-admissionais e periódicos de saúde dos servidores públicos.
<b>Portaria Nº 007</b>	Distrito Federal	27 de março de 1993	Assinada pelo Secretário de Saúde e proíbe a testagem para detecção do vírus HIV nos exames pré-admissionais e periódicos de saúde dos servidores públicos.
<b>Lei estadual Nº 12.595</b>	Goiás	26 de janeiro de 1995	Veda e penaliza qualquer ato discriminatório em relação às pessoas com HIV/aids.
<b>Lei estadual Nº 3.559</b>	Rio de Janeiro	15 de maio de 2001	Estabelece penalidades aos estabelecimentos que discriminem portadores de vírus HIV, sintomáticos e assintomáticos.
<b>Lei estadual Nº 11.199</b>	São Paulo	12 de julho de 2002	Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com aids.
<b>Lei estadual Nº 14.582</b>	Minas Gerais	17 de janeiro de 2003	Proíbe a discriminação contra portador do HIV e pessoa com aids nos órgãos e entidades da administração direta e indireta do estado.
<b>Resolução Nº 1.665</b>	Brasília*	07 de maio de 2003	Conselho Federal de Medicina (CFM): Veda a realização compulsória do exame de sorologia para o HIV.

<sup>5</sup> Após o ano de 2013, a legislação que protege as PVHA no Brasil foi ampliada e, dessa forma, houve a necessidade de incluir as mais recentes.

<b>Lei estadual Nº 7.556</b>	Espírito Santo	10 de novembro de 2003	Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou as pessoas com aids.
<b>Lei estadual Nº 14.362</b>	Paraná	19 de abril de 2004	Veda a discriminação aos portadores do vírus HIV ou a pessoas com aids.
<b>Lei estadual Nº 8.813</b>	Rio Grande do Norte	02 de março de 2006	Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com aids no Rio Grande do Norte e dá outras providências.
<b>Portaria Nº 1.246</b>	Brasília*	28 de maio de 2010	Ministério do Trabalho e Emprego (MTE): Proíbe, de forma direta e indireta, o pedido de exame de sorologia para o HIV na admissão, mudança de função, avaliação periódica, retorno, demissão ou outros ligados à relação do emprego.
<b>Resolução Nº 185</b>	Brasília*	14 de setembro de 2012	Tribunal Superior do Trabalho (TST): Edição da Súmula Nº 433, que aborda a ação discriminatória relacionada à despedida do empregado portador do vírus HIV ou de outra doença grave que suscite estigma ou preconceito. Inválido o ato, o empregado tem direito à reintegração do emprego.
<b>Lei Nº 12.984</b>	Brasília*	02 de junho de 2014	Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.
<b>Resolução Nº 416</b>	Brasília*	04 de junho de 2014	Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): Aprova Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica - Volume III - Parte II do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade (HIV/aids, Tuberculose e Hanseníase).
<b>Súmula Nº 78</b>	Brasília*	17 de setembro de 2014	Turma Nacional de Uniformização dos Juizados Federais Especiais (TNU): Comprovado que o requerente de benefício é portador do vírus HIV, cabe ao julgador verificar as condições pessoais, sociais, econômicas e culturais, de forma a analisar a incapacidade em sentido amplo, em face da elevada estigmatização social da doença.

### A legislação brasileira no Portal da Agência de Notícias da Aids

Nesta seção, analisam-se as matérias que contextualizam o debate nacional, no que tange às leis de proteção das PVHA. Todas foram levantadas na internet, no Portal Agência de Notícias da Aids, até agosto de 2013. Das 128 matérias relacionadas aos descritores, 89 abordaram diretamente o estigma e a discriminação vinculados ao status do HIV positivo em diversas esferas: no trabalho; no contexto da América Latina e em determinados países e continentes (Espanha, França, Alemanha, Holanda, Rússia, China e África); denúncias de discriminação em locais públicos (ônibus e posto de gasolina); debate na esfera governamental brasileira; declarações de órgãos internacionais, como o UNAIDS; entre outros.

A análise teve como foco as matérias que discutiram as leis estaduais contra a discriminação de soropositivos, assim como o processo de implantação da lei nacional contra a discriminação de PVHA. A ideia é, por meio das matérias, descrever como as leis estaduais e a lei federal foram abordadas e debatidas no Portal Agência de Notícias da Aids.

Somente 13 das 89 matérias versaram sobre o Projeto de Lei nacional e leis estaduais contra a discriminação de pessoas que vivem com HIV/aids: 3 em 2013; 1 em 2011; 3 em 2010; 4 em 2009; 1 em 2008 e uma reportagem sem data de publicação. O Projeto de Lei Nº 6124/05,

para a implementação de uma lei nacional, apresentado pela ex-senadora Serys Slhessarenko – PT/MT, teve como proposta que o crime de discriminação contra os soropositivos fosse punível com reclusão de 1 a 4 anos, mais multa, relacionada às seguintes condutas:

- I – recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;
- II – negar emprego ou trabalho;
- III – exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;
- IV – segregar no ambiente de trabalho ou escolar;
- V – divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender a dignidade;
- VI – recusar ou retardar atendimento de saúde (DISCRIMINAÇÃO CONTRA..., 2013).

As matérias são contraditórias sobre o início do debate. Uma matéria aponta o ano de 2003 como o marco inicial, já outra se refere ao ano de 2005. A página do Senado Federal informa que o Projeto de Lei (PL) Nº 6124/05 teve como origem o PL Nº 51/2003, da mesma ex-senadora. Outros projetos relacionados à discriminação e à saúde foram anexados (apensados) ao PL Nº 6124/05: Projeto de Lei Nº 2.276/07 (da deputada Jô Moraes/ PCdoB-MG); e Projeto de Lei Nº 5.448/01 (do ex-deputado Nelson Pelegrino/ PT-BA, que estabelece o crime de discriminação em razão de doença de qualquer natureza) (IMPrensa NACIONAL..., 2009).

Em 2009, algumas matérias abordaram a votação do Projeto de Lei Nº 6124/05 e a sua aprovação na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), no mesmo ano. O PL foi aprovado na Câmara dos Deputados em 2010, principalmente pela pressão da sociedade civil. Um ano depois, o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais se comprometeu a acompanhar de perto a votação do PL no Senado.

Quatro matérias indicaram a discussão no Senado em 2013, destacando a contínua pressão da sociedade civil e debates, sobretudo na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH). O Senador Aloysio Nunes Ferreira (PSDB-SP) pediu para reexaminar o projeto, especialmente o inciso que abordava a exoneração e a demissão do trabalhador em função da sua sorologia para o HIV (PROJETO QUE..., 2013).

Em outro levantamento, realizado no Centro de Documentação e Informação da Câmara dos Deputados (CEDI), percebe-se que, em 2011, diversos foram os requerimentos de deputados, principalmente do Partido dos Trabalhadores (PT), para que o Projeto de Lei Nº 6124/05 entrasse na pauta de discussão na Câmara. A pressão política para a aprovação desse PL fez com que ele fosse debatido e que seu encaminhamento chegasse até a última instância: o Senado Federal. Em 2013, saiu o parecer do Senador Aloysio Nunes Ferreira, que primeiro

foi a favor da supressão do item III (exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego) do PL, na forma de uma emenda sugerida pela Câmara dos Deputados. Contudo, esse item é a garantia da permanência no emprego dos soropositivos e, por isso, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo enviou para o Senador argumentos que refutavam a emenda (Recomendação Nº 200 da OIT) e, após nova avaliação, o Senador reconsiderou, rejeitando a emenda e a avaliando como um retrocesso. Em 2014, a então presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei Nº 12.984, transformando o PL em Lei Federal, sem nenhuma alteração.

Das 13 matérias relacionadas às leis contra a discriminação, 3 estavam vinculadas a determinadas leis estaduais: 2 matérias referentes a Lei Nº 11.199/2002, do estado de São Paulo, e uma sobre o Projeto de Lei Nº 407/2009, do Rio Grande do Sul. As matérias vinculadas à lei do estado de São Paulo abordaram a falta de processos e a baixa aplicação da lei para a proteção dos soropositivos, como também a punição dos perpetradores. As matérias não contemplaram a totalidade das leis existentes no país, ficando de fora o debate sobre as outras leis estaduais. Uma matéria trouxe a informação de que, até 2010, nenhuma denúncia de discriminação contra PVHA tinha sido realizada em São Paulo e, por isso, foi assinado um protocolo pelo governo do estado para reforçar o seu combate. Já outra matéria (sem data de publicação) informou que foram abertos neste estado somente 3 processos em 2011, um número muito inferior se comparado aos processos contra a discriminação de homossexuais (34 em 2011, 33 em 2010 e 24 entre 2009 e 2008) no estado (PROCESSOS POR..., s/d).

Sobre a matéria do Projeto de Lei Nº 407, do Deputado Estadual Paulo Borges (Democratas - DEM) e levado para a Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, a justificativa para sua implantação está pautada na regulação de políticas públicas para as PVHA. A matéria informa que o descumprimento da lei pode levar o infrator ao pagamento de elevada multa (PROJETO DE..., 2009).

As matérias ligadas ao descritor “discriminação e estigma” abordaram grupos mais vulneráveis da epidemia e recomendações internacionais em como lidar com o assunto. Em relevo, 3 matérias (2 em 2009 e 1 em 2010) sobre o lançamento da campanha “Igual a você”, incentivada pela ONU, contra o estigma e o preconceito com diversos grupos: estudantes; homossexuais; lésbicas; pessoas vivendo com HIV/aids; população negra; profissionais do sexo; refugiados; transexuais/travestis; e usuários de drogas. Foram produzidos diversos vídeos com os grupos selecionados para a campanha e todos divulgaram a seguinte mensagem:

Igual a você tenho amigos, família  
tenho projetos, trabalho, planos  
tenho fé  
crenças, esperanças  
tenho amor

tristeza, alegria  
 opinião e lembranças  
 tenho sonho e desejos  
 tenho responsabilidades e direitos  
 igual a você, quero respeito (ONU, 2010).

A campanha trouxe as lideranças de cada movimento para lerem o texto diante das câmeras e diversas pessoas se revezaram na leitura, sendo que, no final, foi veiculado o tipo de preconceito que estava sendo combatido. No caso da aids, a campanha divulgou a seguinte mensagem: “todos os dias pessoas vivendo com HIV/aids são alvo de preconceito no Brasil” (ONU, 2010).

Na análise das matérias, é possível perceber que o debate sobre a discriminação de soropositivos não foi tão amplo, no que tange às leis de proteção, até 2013. Foi consenso de sociedade civil, juristas e políticos a necessidade da implantação da lei específica contra a discriminação de PVHA em âmbito nacional, criando também uma proteção para a manutenção dos postos de trabalho para essa população. Com a Lei Nº 12.984/2014, essa proteção foi garantida para todos aqueles que se sentirem discriminados e tiverem os seus direitos cerceados.

#### Os processos relacionados à discriminação no Brasil

O levantamento dos processos judiciais relacionados à discriminação da aids foi realizado no site JusBrasil pela possibilidade de abrangência, em todos os tribunais brasileiros, em nível estadual e federal. Utilizamos o descritor “discriminação aids” para realizar a busca de processos, resultando em 801 ações no site JusBrasil.

Nos Tribunais de Justiça (TJs), o maior número de processos foi localizado nos estados de Santa Catarina (46), Paraná (33) e Minas Gerais (28), totalizando 136 processos nos TJs. Nos Tribunais Regionais Federais (253) e nos Tribunais Regionais do Trabalho (215), localizamos o grande volume dos processos relacionados à discriminação, totalizando 468 ações (mais da metade das 801 encontradas no site).

A maior parte das ações foi por discriminação do empregador no local de trabalho, com destaque para os principais pontos: pedido de reintegração no trabalho; danos morais; indenização; demissão; revelação do diagnóstico para os colegas de trabalho; e utilização de termos pejorativos pelo empregador (“coisa”, “estorvo”); entre outros.

A Constituição Federal (CF), de 1988, e outras leis brasileiras e tratados internacionais do trabalho são utilizados nos processos vinculados à discriminação no ambiente de trabalho. No Quadro 3, está a lista de alguns mecanismos utilizados nos processos para a proteção dos soropositivos, no que tange a esse tipo de discriminação:



**Quadro 3.** Lista de artigos, leis, decretos e recomendações utilizadas nos processos brasileiros relacionados à discriminação no universo do trabalho. Brasil, 2013

<b>Mecanismo*</b>	<b>Tipo de proteção</b>
<b>Artigo 1º. III (CF)</b>	A dignidade da pessoa humana;
<b>Artigo 3º. I (CF)</b>	Construir uma sociedade livre, justa e solidária;
<b>Artigo 3º. IV (CF)</b>	Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação;
<b>Artigo 5º. X (CF)</b>	São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;
<b>Artigo 5º. XLI (CF)</b>	A lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais;
<b>Artigo 170 (CF)</b>	A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social (ex: VIII - busca do pleno emprego);
<b>Artigo 193 (CF)</b>	A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e as justiças sociais;
<b>Artigo 93, § 1º, da Lei 8.213/91</b>	A dispensa de trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado ao final de contrato por prazo determinado de mais de 90 (noventa) dias, e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderá ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante;
<b>Lei Nº 7.670/88</b>	Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS os benefícios que especifica e dá outras providências;
<b>Decreto Nº 62150/1968</b>	Promulga a Convenção N.º 111 da OIT sobre discriminação em matéria de emprego e profissão;
<b>LOAS – Lei Nº 8.742/1993</b>	Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências;
<b>Recomendação Nº 200, de 2010, da Organização Internacional do Trabalho (OIT)</b>	Recomendação sobre o HIV e a AIDS e o Mundo do Trabalho.

\* O quadro não abrange a totalidade dos mecanismos utilizados nos processos.

Entre as ações analisadas no ano de 2013, não houve ampla citação de uma resolução recente, a Súmula Nº 443 do Tribunal Superior do Trabalho (Res. 185/2012) (BRASIL, 2012), que dá o direito à reintegração do emprego, no caso de demissão, ao portador do HIV ou de outra doença grave, que passou por ato de estigma e discriminação.

Entre todos os dispositivos e leis utilizadas nos processos, vemos que a Lei Nº 7.670/88 foi importante no começo da epidemia no Brasil, para garantir os primeiros direitos aos soropositivos, tendo sido adotada no mesmo ano da Constituição Federal. Nessa lei, destacam-se:

I - a concessão de:

1 - licença para tratamento de saúde;

2 - aposentadoria;

3 - reforma militar;

4 - pensão especial;

5 - auxílio-doença ou aposentadoria, independentemente do período de carência, para o segurado que, após filiação à Previdência Social, vier a manifestá-la, bem como a pensão por morte aos seus dependentes;

II - levantamento dos valores correspondentes ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, independentemente de rescisão do contrato individual de trabalho ou de qualquer outro tipo de pecúlio a que o paciente tenha direito (BRASIL, 1988b).

No que tange aos tratados internacionais que o Brasil é signatário e aparece nos processos, destaca-se a Recomendação N° 200 da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2010), que dá subsídios para o campo do trabalho relacionado ao portador de HIV. No item “IV – Políticas e Programas Internacionais”, há um tópico sobre a “Discriminação e promoção da igualdade”. Entre as recomendações desse tópico, indica-se, aos governos, a proteção aos trabalhadores prevista na “Convenção sobre a Discriminação no Emprego e na Ocupação”, de 1958, capaz de prevenir a discriminação por situação de HIV real ou presumida. Ser soropositivo não impede a contratação e permanência no emprego. O empregador tem o dever de redirecionar o funcionário para outro serviço, adaptando a sua capacidade de trabalho, além do direito ao sigilo sobre os seus dados de saúde.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO: A RELAÇÃO DE PODER NO CAMPO DE HIV/AIDS

Os efeitos do estigma e das situações de discriminação nas condições de vida e saúde dos indivíduos têm sido atestados pela literatura internacional e nacional (MONTEIRO; VILLELA, 2013). Por meio da definição dos conceitos de estigma, discriminação e preconceito e os seus usos no campo da saúde, em particular do HIV, este capítulo tem por objetivo fornecer subsídios teórico-metodológicos utilizados na presente tese, centrada na análise do impacto das atitudes discriminatórias no contexto de trabalho das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA).

Um dos primeiros trabalhos que conceituaram o preconceito na sociedade foi desenvolvido por Allport (1954), motivado pelo impacto do preconceito racial nos Estados Unidos. Para o autor, o preconceito partiria de uma generalização “errônea e inflexível”, praticada e dirigida a um único grupo ou a um indivíduo pertencente a esse grupo. Em relação ao conceito de estigma, o autor que desenvolveu as principais teorias da área foi o sociólogo Erving Goffman, apresentadas no livro “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, em 1963. Segundo Goffman, o estigma é uma condição do indivíduo que foi excluído da “aceitação social total” e se tornou uma pessoa “marcada” e “desacreditada” (GOFFMAN, 2013).

Com base nas definições conceituais de Allport (1954) e Goffman (2013), entende-se que o preconceito e o estigma partem do princípio que determinado indivíduo não é aceito socialmente, sobretudo por ser identificado como pertencente a um grupo que possui uma marca considerada depreciativa. A partir da ideia de que certa pessoa não deveria estar inserida na sociedade, ocorre a ação discriminatória, que pode ser realizada por meio da tentativa de excluir o indivíduo do convívio social (PARKER, 2013).

Richard Parker (2013), que tem desenvolvido reflexões sobre origem e implicações do estigma associado a HIV/aids, define a discriminação como uma resposta comportamental a atitudes negativas, sendo uma efetivação do estigma e do preconceito. Desta forma, o estigma e o preconceito são considerados a teoria; e a discriminação, a prática. As ações de discriminação podem trazer uma série de consequências comportamentais, refletindo negativamente na vida dos indivíduos estigmatizados.

Para compreender como as atitudes discriminatórias têm impacto no ambiente de trabalho para as PVHA, faz-se necessário identificar a origem do estigma associado a HIV/aids. Historicamente, o estigma de HIV/aids decorre da associação entre as vias de transmissão do vírus (sexual e sanguínea), os grupos sociais atingidos pelo HIV (gays, prostitutas e usuários de

drogas injetáveis) e as normas sociais existentes antes da epidemia de aids, relacionadas aos estereótipos de gênero e à normatização da sexualidade. A moralidade se insere no conceito “*goffminiano*” de estigma, pois o portador do HIV adquire uma marca depreciativa, decorrente de comportamentos considerados desviantes, frente aos padrões normativos, como: múltiplas parcerias sexuais, práticas homossexuais, uso de drogas injetáveis, sexo em troca de dinheiro, entre outros. Goffman (2013) igualmente salienta que o indivíduo portador de marcas depreciativas pode utilizar distintas “técnicas de controle de informação”, para tentar ocultar a sua marca e evitar os processos de estigmatização, como: mudança de trabalho onde ninguém conhece a sua marca ou tentativa de ressaltar outros atributos, para que a sua marca fique em segundo plano. No caso da aids, atualmente essa “marca”, ou seja, o diagnóstico do HIV, não é visível, como no começo da epidemia, onde a lipodistrofia e a magreza excessiva eram aparentes e relacionadas ao processo de adoecimento.

Cabe ressaltar que, a partir dos anos 2000, a produção acadêmica do estigma e da discriminação relacionada à epidemia de aids tem contribuído para uma ampliação e aprofundamento da temática, no âmbito nacional e internacional (PARKER; AGGLETON, 2001; 2003; MAHAJAN et al., 2008; PHELAN; LINK; DOVIDIO, 2013; MONTEIRO; VILLELA, 2013). Um dos aspectos referidos nestes estudos diz respeito às críticas à forma como os conceitos de Goffman foram apropriados na literatura, apenas considerando as experiências associadas ao estigma na vida dos indivíduos, seja em termos dos seus efeitos em relações sociais e trajetória de vida, seja em descrição de reações e formas de enfrentamento. Na realização deste tipo de análise, não são abordadas a origem e as formas de reprodução dos processos de estigmatização entre os indivíduos e grupos sociais. Ou seja, na compreensão dos processos de diferenciação entre os estigmatizados e os não estigmatizados, não é analisada a função do estigma na produção e na manutenção das diversas hierarquias sociais (LINK; PHELAN, 2001; PARKER; AGGLETON, 2001; 2003, MONTEIRO et al., 2013). Para tanto, é necessário refletir acerca dos processos sociais associados às relações de poder e dominação (estruturas *macrossociais*), assim como sobre as características de indivíduos e grupos sociais que conformam as interações sociais (MONTEIRO; VILLELA; KNAUTH, 2012).

Nessa perspectiva, Link e Phelan (2001) afirmam que o termo estigma deve ser aplicado quando houver elementos de rotulagem, estereótipo, separação e perda de status, e a discriminação ocorrer concomitantemente com uma situação de poder que permite que os componentes do estigma apareçam. Um dos elementos está ligado ao poder - social, econômico e político -, que possibilita a identificação das diferenças e a construção de estereótipos,

separando as pessoas em categorias distintas e vinculadas à desaprovação, rejeição e exclusão, culminando no ato discriminatório.

Parker e Aggleton (2001) argumentam, adicionalmente, que a estigmatização está ligada a diversas consequências: 1 - reforça as desigualdades de poder; 2 - faz com que as desigualdades pareçam “razoáveis”; 3 - cria uma hierarquia social entre o estigmatizado e o não estigmatizado; 4 - cria e reforça a exclusão social. Avançando na teoria do estigma e da discriminação, os autores estimularam a reformulação de tais conceitos, onde a estigmatização foi vinculada aos processos sociais de forma mais ampla, ou seja, não necessariamente a discriminação ocorre por meio de um indivíduo, mas a partir de uma estrutura que facilite que ela aconteça (PARKER; AGGLETON, 2003).

Com base na análise de 18 modelos relacionados ao estigma e preconceito, Phelan et al. (2013) assinalam que esses conceitos são construídos socialmente, tendo como fundamento três funções: 1 - exploração/dominação (manter as pessoas para baixo); 2 - imposição de normas sociais (manter as pessoas para dentro); 3 - prevenção de doenças (manter as pessoas para fora - exclusão do convívio social daqueles com determinadas doenças). No que tange ao campo da aids, os autores entendem que o estigma e o preconceito podem estar vinculados à imposição de normas sociais, como na prevenção de doenças, onde as duas funções estão mais ligadas ao conceito do estigma.

A partir desse marco conceitual, podemos correlacionar a discriminação de PVHA no acesso ao trabalho ou dentro do ambiente de trabalho. De acordo com Link e Phelan (2001), pode-se pensar no poder social de certos indivíduos - o poder econômico e político - sobre aqueles que estão fora desse círculo, como no caso das relações estabelecidas entre empregador e empregado. O empregador é aquele que detém as forças necessárias no campo social e, por isso, possui o poder. No que se refere à aids, a despeito do sigilo do diagnóstico ser garantido por lei, o empregador, por vezes, tem acesso ao resultado da sorologia positiva de determinado funcionário e pode interferir diretamente nas diversas relações dos seus subordinados, desde as sociais (revelar a sorologia para os colegas de trabalho) até as econômicas (no caso de demitir um funcionário pela sorologia positiva).

Ainda nesta direção, Phelan et al. (2013) correlacionam os processos estigmatizantes aos comportamentos e trazem a noção de “discriminação estrutural”, que pode operar por meio de atitudes preconceituosas. Em exemplo, indicam os casos em que as ações discriminatórias acontecem indiretamente, como na eliminação de um candidato a uma vaga de emprego após a revelação do seu histórico médico. Seguindo a mesma linha, Parker e Aggleton (2003) argumentam que a discriminação pode ocorrer a partir de uma estrutura que facilite que ela

aconteça, como na exigência de teste de HIV em processo seletivo para um cargo ou em edital de concurso público.

Para contribuir na modificação das práticas discriminadoras, Link e Phelan (2001) apontam para a necessidade da transformação das crenças estigmatizantes; no caso do contexto do trabalho, a mudança de visão dos empregadores. Isso seria possível em uma abordagem multifacetada e diversos níveis, alterando as atitudes e crenças, por vezes, profundamente arraigadas, o que envolve mudanças estruturais, visando ao enfrentamento das desigualdades sociais.

Parker e Aggleton (2001) indicam que, no universo do trabalho, a resistência dos empregadores a contratar os soropositivos pode estar vinculada ao medo da transmissão do vírus, assim como a ocorrência de discriminação, quando os indivíduos revelam o status sorológico no emprego. Além disso, a utilização de testes para detecção do HIV nos processos seletivos é qualificada como de caráter discriminatório. O estereótipo pode vincular uma pessoa ou grupo ao “perigo” que deve ser evitado. Cabe ao empregador munir os seus empregados de informações sobre a transmissão do vírus, bem como criar programas em suas empresas que possam esclarecer as dúvidas sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) de todos os funcionários.

Frente à função do estigma na produção e reprodução das hierarquias sociais, optou-se por descrever dois conceitos vinculados aos processos de discriminação: 1 - “violência estrutural”; 2 - “agência”.

#### A violência estrutural

O conceito de violência estrutural foi desenvolvido pelo sociólogo norueguês Johan Galtung, em 1969, decorrente dos seus trabalhos sobre conflitos e paz mundial. Parker (2013) argumenta que esse conceito foi utilizado entre os estudiosos que se aprofundaram nas teorias de estigma, discriminação e preconceito em uma forma de repensar a relação ampla dos processos culturais, como também as estruturas de poder e a possibilidade de resistência. Dessa forma, a noção de violência estrutural pode ser pensada de maneira vasta em diversas questões, sobretudo em temas relacionados à saúde e à doença.

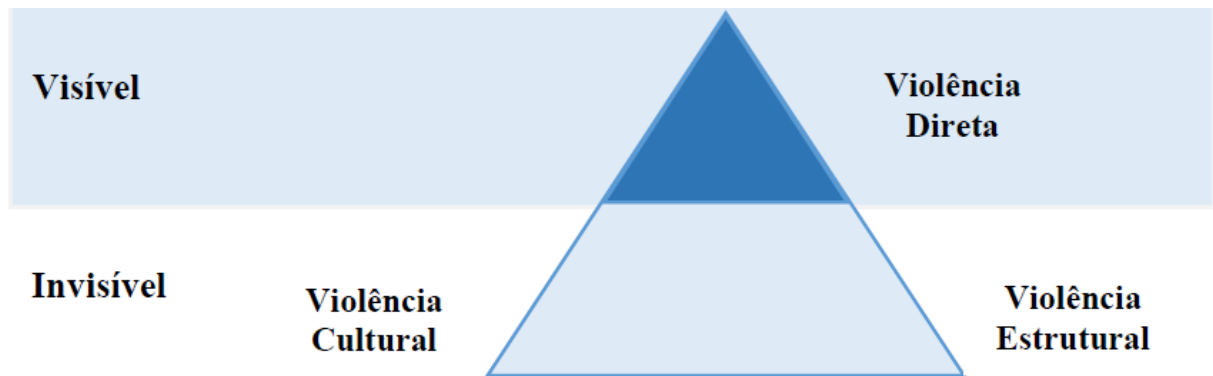
A noção de violência estrutural possibilita o desenvolvimento de um novo conceito de discriminação no campo da saúde, não apenas como um simples resultado de estigma, preconceito e discriminação, mas, especialmente, como um produto dos sistemas desiguais. Essa noção abre um leque de opções para avaliar a discriminação no âmbito da saúde, particularmente nas formas em como responder ao seu impacto (PARKER, 2013).

A violência estrutural foi entendida por Galtung como a diminuição evitável das necessidades fundamentais humanas, comprometendo a vida e reduzindo a capacidade de atender às necessidades abaixo do que seria possível. Esse tipo de violência é indireta e inerente à estrutura, e se mostra no poder e nas oportunidades de vida desiguais (HO, 2007; PARKER, 2013). Chama-se a atenção para a palavra “evitável”, pois a violência, para o autor, ocorre quando um evento que poderia ser solucionado acaba acontecendo e se transformando em uma violência. Na área da saúde, Galtung nos dá alguns exemplos dessa “violência evitável”, chamando de “violência como enfermidade”, como no acesso à medicina e aos seus recursos. A tuberculose foi utilizada para exemplificar a relação do seu conceito com a saúde, pois morrer da doença no século XVIII não seria uma violência, sendo inevitável pela falta de recursos e medicamentos; diferente dos dias de hoje, quando seria uma violência pelo fácil acesso ao tratamento. Outro exemplo apresentado por Galtung está relacionado às enfermidades cujas causas principais podem estar longe dos sintomas, sendo necessário compreender seu contexto e ciclos, como a aids; ou seus contextos históricos, da gripe, que matou milhares de pessoas ao longo dos séculos (GALTUNG, 2004; HO, 2007).

Ao aprofundar o conceito de violência estrutural por meio do trabalho de Kathleen Ho (2007), estudiosa dos conceitos de Galtung, é possível ver o desenvolvimento de uma série de questões pertinentes à noção ampliada de violência, no que se refere ao que seria possível ou potencialmente evitável em nossa sociedade, além de dúvidas em como definir quando algo pode ser evitável ou não. Por exemplo, a discriminação de PVHA no trabalho pode ser evitável? A resposta natural para essa questão seria sim, essa discriminação é uma violência que poder ser evitável. Contudo, essa violência pode estar inserida na organização das empresas, como no pedido de exame de HIV admissional ou no isolamento do empregado em uma sala. Dessa forma, a discriminação passa a ser uma violência praticada e repetida sistematicamente, sendo um reflexo de como a sociedade ainda lida com o diferente, com aquele que, socialmente, tem uma marca que o diferencia dos demais.

Avançando nas distinções da violência, Galtung (2004) formulou uma tipologia em três categorias: pessoais (direta), culturais e estruturais. Observa-se, na figura 1, a representação dessa tipologia, classificada por ele como “triângulo da violência”:

**Figura 1:** Representação do “triângulo da violência”



Galtung, 2004.

Segundo Galtung (2004), o triângulo é dividido entre a violência visível, que é direta, e a invisível, que está vinculada a violências (cultural e estrutural). A violência direta, também chamada pelo autor de física ou verbal, torna-se visível por meio dos comportamentos humanos; não surge do nada, mas de diversos indícios, tais como: 1 - da **cultura da violência**, sendo heroica, patriótica, patriarcal etc.; 2 – e da **estrutura violenta**, que é repressiva, exploradora ou alienante, além de estrita ou permissiva. A violência direta seria a mais fácil para identificar os atores envolvidos como também as pessoas que passaram por ela. É possível destacar que, na violência estrutural (invisível), pode não haver uma determinada pessoa prejudicando diretamente outra em função desse tipo de violência, pois ela está inserida na estrutura e sendo revelada tanto no poder desigual como nas oportunidades de vida desiguais (GALTUNG, 1969; PARKER, 2013; HO, 2007).

Pensando nas PVHA no Brasil e na relação da violência estrutural, a discriminação no trabalho pode ocorrer em função da não aceitação dessas pessoas pelos colegas de trabalho ou a partir da recomendação das empresas para o RH (Recursos Humanos), para não contratar ou demitir as PVHA. Essa violência também está presente no pedido de testagem compulsória do HIV nos editais de concursos, como solicitado por Forças Armadas, Bombeiros, entre outros. Ademais, esse tipo de violência, onde a discriminação está na estrutura, pode estar relacionado a outros tipos de preconceito, como o racial, e até mesmo ligado à orientação sexual. Isso se reflete também nos aspectos sociodemográficos dessa população, como no acesso à educação, à assistência médica e até mesmo a justiça para garantia de um emprego estável (HO, 2007). Diversos autores que trabalham com a teoria da violência estrutural enfatizam a importância de se entender o porquê de determinado grupo sofrer desproporcionalmente (HO, 2007; PARKER, 2013).



Há uma forte relação entre a violência estrutural e a distribuição desigual de poder, sendo o efeito da ação humana realizada de forma direta ou indireta (HO, 2007; PARKER, 2013). Partindo desse princípio, compreende-se que a violência estrutural está associada à distribuição desigual de poder entre os atores sociais, tendo como origem a “agência humana”. O reflexo dessa distribuição desigual de poder coloca em desvantagem aqueles que possuem pouco ou nenhum poder. Quando a violência estrutural é institucionalizada, ela se torna invisível no meio social (HO, 2007). A invisibilidade da violência estrutural é uma questão importante, analisada na presente tese, sobretudo na investigação sobre como ocorre esse tipo de violência nos locais de trabalho dos entrevistados.

Ainda refletindo sobre os conceitos de Galtung (2004), o autor exemplifica a formação da violência em uma análise de seis tipos de espaços (natureza, homens, sociedade, mundo, tempo e cultura) com efeitos tanto visíveis e materiais, quanto invisíveis e imateriais. Ao final da tese, é recriada essa análise por meio dos depoimentos sobre a discriminação de PVHA no ambiente de trabalho, tanto em relação aos efeitos materiais quanto aos imateriais.

#### O conceito de agência

Ao se trabalhar com a noção de violência estrutural de Galtung (1969, 2004), o aprofundamento do conceito de agência se faz necessário, sendo complementar na análise do estigma e da discriminação relacionada ao poder. Utiliza-se a definição de agência da antropóloga Sherry Ortner, aluna de Clifford Geertz na Universidade de Chicago e atualmente professora da Universidade da Califórnia, onde desenvolve pesquisas centradas em estruturas e processos sociais. A autora define agência como: “[...] sinônimo das formas de poder que as pessoas têm a sua disposição, da sua capacidade de agir em seu próprio nome, de influenciar outras pessoas e acontecimentos e de manter algum tipo de controle sobre suas próprias vidas” (ORTNER, 2007, p. 64).

Partindo dos pressupostos de Ortner, entende-se que a noção de agência está vinculada às relações de poder, de desigualdades e da capacidade que todos os atores sociais têm de influenciar, ou não, outras pessoas e acontecimentos, assim como de manter controle sobre as suas próprias vidas. Para a autora, a agência está vinculada tanto à **dominação** quanto à **resistência**. Contudo, aqueles que possuem uma posição de poder seriam considerados com "muita agência". Mas os dominados também teriam a capacidade de exercer uma influência no meio social, pois a resistência é considerada por Ortner (2007) como uma forma de "agência de poder".

No contexto da discriminação de PVHA no ambiente de trabalho, a teoria de Ortner (2007) é importante para compreensão da relação de poder e agência entre os empregadores e empregados. Pode-se pensar que essa relação de forças desproporcionais pode mudar, ou não, a partir da agência de cada ator. Dessa forma, quanto maior a agência das PVHA ao passarem por uma situação de discriminação no ambiente de trabalho, maiores são as chances de se formar uma resistência à dominação, tendo como consequência o desenvolvimento de uma agência de poder.

Para que um ator social passe da dominação a uma agência de poder, é necessário que ele tenha “desejo e motivação”, sendo inerente à agência, além de uma capacidade em “perseguir projeto”, intrínseca a pessoas que desejam ir além das suas “próprias estruturas de vida” (ORTNER, 2007). Assim, o desejo individual se sobressai (para o primeiro plano), sendo construído de forma cultural. Ortner argumenta que a agência pode ter dois sentidos: de perseguir projetos e de exercer, ou não, poder. Este último é considerado uma “faca de dois gumes” pela autora, operando em dois sentidos: de cima para baixo (dominação); de baixo para cima (resistência). Pensando nas formas de resistência das PVHA ao sofrerem uma discriminação no trabalho, processar as empresas que os discriminaram seria uma forma de resistência e de “agência de projetos”, onde “[...] os menos poderosos procuram alimentar e proteger ao criar ou proteger lugares, literal ou metaforicamente, ‘nas margens do poder’” (ORTNER, 2007, p. 65).

É possível pensar no conceito de agência pela perspectiva das PVHA em conjunção com o de violência estrutural. Em função disso, voltamos para a bibliografia de referência de Galtung. Para o autor, a violência pode trazer uma série de “ciclos viciosos” que reforçam a discriminação. A mudança desses ciclos só seria possível em “ciclos virtuosos”, que são divididos por Galtung (2004) em três etapas:

- a. O problema da resolução da raiz subjacente do conflito;
- b. O problema da reconstrução posterior à violência direta:
  - reabilitação posterior ao dano infligido às pessoas;
  - reconstrução posterior ao dano material;
  - reestruturação posterior ao dano estrutural;
  - ‘reculturação’ posterior ao dano cultural;
- e. O problema da reconciliação das partes em conflito<sup>6</sup> [tradução nossa] (GALTUNG, 2004, p. 4).

---

<sup>6</sup> a. El problema de la resolución de la raíz subyacente del conflicto;  
 b. el problema de la reconstrucción posterior a la violencia directa:  
 – rehabilitación posterior del daño infligido a las personas,  
 – reconstrucción posterior del daño material,  
 – reestructuración posterior del daño estructural,  
 – re-culturación posterior al daño cultural;  
 c. el problema de la reconciliación de las partes en conflicto (GALTUNG, 2004, p. 4).

O primeiro item (a), relacionado à raiz subjacente do conflito, ao ser analisado pela perspectiva da violência estrutural vinculada à discriminação no trabalho, seria de difícil resolatividade porque ela está arraigada em nossa sociedade e sendo propagada em diversos espaços sociais, como o trabalho. Por outro lado, se pensarmos na resolução do conflito a partir da agência das PVHA, na capacidade individual para procurar os seus direitos, isso seria possível. O problema é que as desigualdades sociais fazem com que essa agência se torne difícil, como na dificuldade em custear um advogado ou mesmo em conseguir acesso a um aparato jurídico, como a Defensoria Pública. Assim sendo, várias PVHA que passam por esse tipo de violência não processam as empresas ou pessoas que as discriminaram.

A dificuldade na abertura de processos pode estar vinculada ao tipo de informação que as PVHA conseguem sobre os seus direitos. Por exemplo, saber que a discriminação por ter HIV ou aids no ambiente de trabalho é crime no Brasil, que existe uma legislação de proteção para as PVHA no trabalho, entre outros mecanismos. Ter acesso a esse tipo de informação vai depender do perfil sociodemográfico de cada PVHA (renda, escolaridade etc.), se tem acesso à internet, além da forma como é atendido no serviço de saúde, se tem uma assistente social atuante e que passe esse tipo de informação para aqueles que acessam o serviço, entre outras conjunturas possíveis. Já no segundo item (b), relacionado à reconstrução posterior ao passar pela violência direta, o autor aponta a necessidade de diversos mecanismos para a sua resolatividade, tais como: reabilitação posterior ao dano; reconstrução do dano material; reestruturação do dano estrutural; e “reculturação” posterior ao dano cultural. Ao pensarmos no dano material e estrutural causado pela discriminação das PVHA no ambiente de trabalho, a reconstrução do dano material seria possível em uma ação de indenização por danos morais, mas que depende da agência de cada indivíduo para conseguir chegar a esta fase.

Já a reestruturação do dano estrutural é a mais complicada, pois depende de como cada empresa vai lidar com as PVHA após o(s) incidente(s) de violência estrutural. Se a violência partir de um funcionário, a empresa pode demitir o mesmo, repreendê-lo ou mesmo criar políticas para que esse tipo de violência não volte a acontecer. Contudo, se a violência partir da própria estrutura da empresa, uma mudança de comportamento torna-se quase impossível (agência ligada à dominação).

No último item (c), vinculado à reconciliação das partes em conflito, a resolatividade também vai depender da agência de cada ator envolvido, seja de dominação ou de resistência. Em relação à discriminação de PVHA no ambiente de trabalho, a reconciliação pode ser

realizada no tribunal de pequenas causas (Juizado Especial Cível)<sup>7</sup>, de fácil acesso e rápido julgamento, sendo possível até fazer um acordo no mesmo dia da audiência. Contudo, se o processo for encaminhado para outros tribunais, pode se arrastar por anos, demandando tempo e dinheiro de ambas as partes.

Por fim, cabe desenvolver os conceitos de violência estrutural e agência relacionados aos direitos humanos. Para isso, recorre-se aos conceitos de Ho (2007), que argumenta que os efeitos das estruturas na agência dos indivíduos resultam na lacuna entre a realização potencial e real dos direitos. Além disso, quando as necessidades humanas fundamentais não são atingidas, a violência estrutural acaba se tornando uma “violação estrutural dos direitos humanos”. As estruturas (distribuição de poder) podem resultar também na divisão desigual de recursos, causando constrangimento na agência e tendo como consequência a exploração ou violência e, dessa forma, restringindo a agência de certos indivíduos.

Ho (2007) destaca uma relação causal entre o que diferencia o poder nas estruturas, com o seu efeito nas agências individuais. Quando isso é aplicado aos direitos humanos, a autora argumenta que ilumina as causas estruturais e padrões das violações dos direitos dos seres humanos, tendo efeito nas estruturas da agência e revelando um padrão manifestado nas desigualdades econômicas e sociais. Dessa forma, o quadro da violência estrutural é aplicável na violação dos direitos humanos e a agência desempenha um papel fundamental em como os indivíduos experimentam a lacuna entre o real e o potencial.

Ao refletirmos sobre a violação dos direitos humanos na agência conjugada com a violência estrutural, pode-se pensar no acesso aos direitos das PVHA no Brasil. A agência das PVHA pode ser restringida quando esta população passa pela discriminação, sobretudo a agência individual, e tendo como origem o tipo de acesso à informação que essa população consegue sobre os seus direitos. Isso tem impacto em como proceder após passar pela discriminação (violência estrutural), como na experiência potencial ou real desse fenômeno.

A discriminação das PVHA pode ser considerada uma violação dos direitos humanos, especialmente na restrição do repasse de informações importantes, como as relacionadas aos direitos que esta população tem pelas leis implementadas no país, tais quais os decretos, as súmulas, entre outros aparatos legais de proteção. Para que esses indivíduos tenham uma agência de poder (ORTNER, 2007), é necessário o empoderamento das PVHA para que elas possam enfrentar aqueles com “muita agência” e detentores do poder, em especial os empregadores. É importante destacar o papel do movimento social de aids no suporte dessas

---

<sup>7</sup> Para ações que envolvam até 40 salários mínimos. Acima disso, é necessário procurar a justiça tradicional, com custos e obrigatoriedade de advogado.

ações, tanto no auxílio para a abertura dos processos quanto no repasse de informações sobre os direitos dessa população. Como exemplo, podemos mencionar o Grupo Pela Vidda Niterói, que oferece o Curso de Capacitação em Direitos Humanos e HIV/aids, empoderando as PVHA, e também uma Assessoria Jurídica. No Brasil, há outros movimentos sociais que lutam também por direitos e que, a partir de uma articulação conjunta e não individual, conseguiram conquistas importantes como, por exemplo, a liberação da maconha terapêutica para o tratamento de doenças crônicas e terminais. Nesse caso, tanto os estigmatizados quanto os simpatizantes dessa causa se organizaram para que pudesse haver alguma mudança a longo prazo. Assim, as articulações e mobilizações da sociedade civil podem provocar transformações estruturais a serem realizadas e implementadas no país.

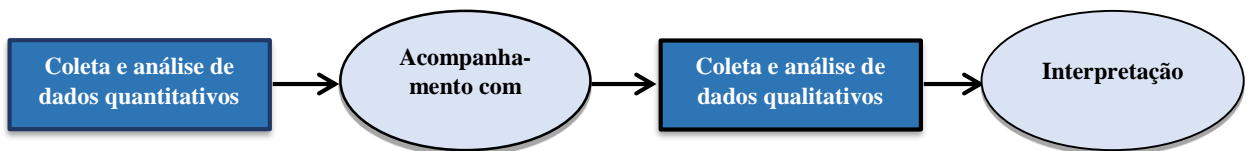
## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 O MODELO METODOLÓGICO

Entre as possibilidades metodológicas disponíveis, utiliza-se, na tese, o “desenho misto”, que se refere ao uso de dados quantitativos e qualitativos, para uma melhor apreensão do objeto proposto. Segundo Creswell e Clark (2013), a pesquisa de métodos mistos proporciona um campo maior de evidências, em comparação às pesquisas que utilizam um único método de forma isolada. Neste tipo de método, os pesquisadores possuem um amplo leque de ferramentas para a coleta de dados em ambos os campos.

O modelo proposto dentro do método misto é o “projeto sequencial explanatório”, em que, na primeira fase, é iniciada a análise de dados quantitativos para dar base a segunda fase, relacionada à coleta e análise de dados qualitativos. A seguir, o desenho dessa metodologia exemplificada por Creswell e Clark (2013, p. 73):

**Figura 2:** Modelo da metodologia “projeto sequencial explanatório”



No que tange às etapas metodológicas que compõem a tese, a primeira realizada foi a análise dos dados quantitativos da pesquisa “Pacientes em Terapia Antirretroviral no Brasil: Resposta do Sistema de Saúde e Qualidade de Vida”. A partir dos resultados, houve o desdobramento para a segunda etapa metodológica, relacionada à coleta e à análise dos dados qualitativos, que culminou na interpretação dos dados.

A coleta dos dados qualitativos teve como base a metodologia empregada pelas Ciências Sociais, em especial aquela utilizada na área da Antropologia, que compreende: o trabalho de campo e sua descrição (etnografia); a observação participante; as entrevistas em profundidade (soropositivos ligados ao Grupo Pela Vida Niterói, profissionais de saúde e ativistas); entre outros métodos dessa área. Também foi feito um grupo focal na policlínica pesquisada, localizada no município do Rio de Janeiro, que fomentou um debate sobre a discriminação no trabalho entre as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) que acessavam o serviço de saúde.

A unidade de saúde foi selecionada por receber as PVHA de diversas regiões do estado do Rio de Janeiro e pela sua localização central, onde muitos procuram o atendimento pela proximidade do local de trabalho ou por morarem em outra região e, assim, mantendo o sigilo do diagnóstico dos seus vizinhos. Na policlínica são ofertadas consultas médicas especializadas (ginecologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, ortopedia, pneumologia, otorrinolaringologia), como também consultas com profissionais de outras áreas (nutrição, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia), além do atendimento odontológico especializado (CEOs) e do serviço de infectologia.

Já a escolha da Assessoria Jurídica do Grupo Pela Vidda Niterói foi motivada pelo contato prévio estabelecido com alguns ativistas dessa ONG pelo Fórum de ONGs/Aids do Estado do Rio de Janeiro. Além disso, os ativistas do Grupo Pela Vidda Niterói possuem um diálogo permanente com o governo, além de ser a única ONG/aids do estado que conta com uma advogada na Assessoria Jurídica.

O Grupo Pela Vidda Niterói foi criado em 1991 como uma organização não governamental (ONG), sem fins lucrativos, pelas PVHA, seus familiares, amigos e profissionais de saúde. É uma ONG filiada ao Grupo Pela Vidda Rio, a primeira ONG formada por PVHA no Brasil, criada em 1989. O Grupo Pela Vidda Niterói vem desenvolvendo um trabalho de conscientização sobre os direitos das PVHA, como o combate à discriminação, por meio do Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e Aids (que aborda diversos temas, como a criminalização da transmissão do HIV, a previdência social, a perícia médica, a legislação etc.), de seminários nacionais, do repasse de material informativo e pela Assessoria Jurídica (que defende juridicamente essa população).

## 4.2 O PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.2.1 As etapas dos dados quantitativos

Para a realização desta etapa da tese, foram utilizados os dados coletados na pesquisa “Pacientes em Terapia Antirretroviral no Brasil: Resposta do Sistema de Saúde e Qualidade de Vida”. O projeto foi desenvolvido por uma demanda do Ministério da Saúde (MS) e coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz, em 2008, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida e o desempenho do sistema de saúde a partir da perspectiva dos usuários, pacientes em terapia antirretroviral (TARV) no Brasil.

O tamanho de amostra foi calculado para estimar a proporção de pacientes em TARV que avaliam sua qualidade de vida como moderada ou boa. Em estudo realizado na Austrália (PITTS; GRIERSON; MISSON, 2005), 35% das pessoas vivendo com HIV/aids com menos de 50 anos relataram condições adversas de saúde. Tomando esta estimativa como base para o cálculo do tamanho da amostra e considerando um intervalo de 95% de confiança, com erro bilateral de 3%, foram obtidos 971 pacientes. Tendo em vista que a amostragem foi por conglomerados, em dois estágios de seleção, considerou-se um efeito de desenho de 1,3 e obteve-se o tamanho de amostra de 1260 pacientes.

No primeiro estágio de seleção da amostra, foram selecionadas 42 Unidades de Dispensa de Medicamentos (UDM) no Brasil, com probabilidade proporcional ao tamanho, este dado pelo número de pacientes cadastrados, conforme lista fornecida pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do MS. Para o estudo, foram consideradas elegíveis todas as UDM com mais de 200 pacientes cadastrados. Observa-se que o critério adotado não afetou a representatividade da amostra, já que as UDM elegíveis abrangiam 90,6% de todos os pacientes cadastrados. No segundo estágio de seleção da amostra, em cada uma das unidades, foram selecionados 30 pacientes, de forma sistemática, durante o trabalho de campo.

Para a coleta das informações, foi utilizado um questionário modular que abordou os seguintes temas: características sociodemográficas e referentes ao domicílio do paciente; características clínicas relacionadas ao tratamento; autoavaliação do estado de saúde; resposta do sistema de saúde; percepção da qualidade de vida; e perdas e benefícios relacionados à doença. O questionário foi aplicado por entrevistadores previamente treinados (SOUZA-JÚNIOR; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, CAAE 0142.0.031.031-07, parecer nº 138/07.

Na presente tese, foi realizada uma análise descritiva para avaliar o perfil das pessoas em TARV, segundo três vertentes: características sociodemográficas, estado de saúde e questões relacionadas diretamente à infecção por HIV/aids. As análises foram realizadas por sexo e foram calculados os intervalos de confiança com nível de significância de 95%.

Para caracterizar a **situação sociodemográfica**, foram utilizadas as seguintes variáveis (ver questionário completo no Anexo A):

- **Faixa etária** (18 a 24 anos; 25 a 39 anos; 40 a 59 anos; 60 anos ou mais);
- **Grau de escolaridade** (Sem instrução e fundamental incompleto; Fundamental completo e médio incompleto; Médio completo e superior incompleto; Superior completo e mais);



- **Estado civil** (Solteiro(a); Casado(a) / Vive com companheiro(a); Separado(a) / Divorciado(a); Viúvo(a));
- **Raça / cor da pele** (Branca; Preta; Parda; Outras);
- **Possui plano de saúde** (Sim; Não);
- **Trabalha atualmente** (Sim; Não);
- **Situação atual de trabalho** (Servidor público; Empregado com carteira assinada; Empregado sem carteira assinada; Trabalha por conta própria / Autônomo(a); Empregador; Dona de casa / cuidando da família; Desempregado; Estudos / treinamento / Trabalhos não remunerados; Aposentado por tempo de serviço; Aposentado por doença / Incapacidade para o trabalho / Auxílio-Doença; Não trabalha por outro motivo);
- **Renda atual** (Não tem rendimento; R\$1,00 a R\$379,00; R\$380,00 a R\$759,00; R\$760,00 a R\$1.139,00; R\$1.140,00 a R\$1.999,00; R\$2.000,00 a R\$4.999,00; R\$5.000,00 ou mais; Não sabe / Não informou).

Para a caracterização do **estado de saúde**, foram consideradas as seguintes questões:

- **Autoavaliação de saúde** (Excelente / Boa / Moderada; Ruim / Péssima);
- **Autoavaliação da capacidade de trabalho** (Excelente / Boa / Moderada; Ruim / Péssima);
- **Autoavaliação da aparência física** (Excelente / Boa / Moderada; Ruim / Péssima);
- **Grau de dificuldade em realizar atividades de rotina** (Nenhum / Leve / Moderado; Intenso / Muito intenso);
- **Grau de dificuldade em seguir o tratamento** (Nenhum / Leve / Moderado; Intenso / Muito intenso).
- **Grau em que se sentiu cabisbaixo(a) ou deprimido(a) nos últimos 30 dias** (Nenhum / Leve / Moderado; Intenso / Muito intenso).
- **Grau em que se sentiu preocupado(a) ou ansioso(a) nos últimos 30 dias** (Nenhum / Leve / Moderado; Intenso / Muito intenso).

E, para descrever as **questões relacionadas diretamente à infecção por HIV/aids**, foram consideradas as seguintes situações:

- **Piora na situação financeira** (Sim; Não);
- **Mudança de local de moradia** (Sim; Não);
- **Perda de independência** (Sim; Não);

- **Perda de emprego** (Sim; Não);
- **Discriminação por parte da comunidade em que vive** (Sim; Não);
- **Discriminação por parte dos amigos** (Sim; Não);
- **Discriminação por parte da família** (Sim; Não);
- **Benefícios do governo** (Auxílio-Doença; Aposentadoria por invalidez; Amparo Assistencial ao Portador de Deficiência (LOAS); Passe livre para transporte (isenção tarifária); Nenhum; Outros.

As análises foram realizadas utilizando o aplicativo estatístico *Statistical for Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0, que leva em consideração o efeito do plano amostral.

#### 4.2.2 As etapas dos dados qualitativos

A utilização de metodologias das Ciências Sociais, sobretudo da Antropologia, vem se consolidando no campo da Saúde Coletiva desde a década de 1990, quando estudos sobre sexualidade, aids, corporalidade, exclusão social e vulnerabilidade começaram a ser desenvolvidos (KNAUTH; LEAL, 2014). Dentro da pesquisa qualitativa na área da saúde, a utilização do método etnográfico, principalmente nos estudos sobre os processos de saúde-doença, ganhou ênfase através do Movimento Sanitário brasileiro com a multidisciplinaridade e na compreensão de que certos fenômenos podem ter uma análise alternativa ao modelo biomédico (MORA, 2014).

Dessa forma, pesquisas com base em conceitos e teorias sócioantropológicas se denominam, na área da Saúde Pública, como pesquisa qualitativa (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). O presente estudo emprega os conceitos e teorias deste campo e utilizou diversas ferramentas para a coleta e análise dos dados, principalmente para responder as questões e objetivos propostos. Para isso, inúmeras estratégias foram aplicadas.

A coleta de dados qualitativos iniciou-se por meio de uma busca documental relacionada a HIV/aids, principalmente de documentos nacionais e internacionais sobre o objeto. Também foi realizado um levantamento do aparato jurídico que pode ser utilizado nos processos de discriminação de PVHA no Brasil, sobretudo no trabalho, como as demais leis de proteção<sup>8</sup>. Este tipo de levantamento foi necessário para o maior entendimento de como as políticas de proteção das PVHA foram desenvolvidas no país.

---

<sup>8</sup> Como apresentado no item 2.5, relacionado ao acesso à informação sobre direitos e leis de proteção das PVHA.

A partir da análise prévia dos dados quantitativos, que apontou a perda de emprego, a piora da situação financeira e a mudança de local de moradia como problemas relacionados à infecção pelo HIV/aids, que foi elaborado o referencial metodológico para a coleta dos dados qualitativos. A pesquisa “Pacientes em Terapia Antirretroviral no Brasil: Resposta do Sistema de Saúde e Qualidade de Vida” não teve o foco central na discriminação das PVHA, mas levantou importantes dados para a reflexão sobre o tema. Para o aprofundamento da discriminação das PVHA no ambiente de trabalho, os dados qualitativos foram fundamentais, como também para o entendimento do acesso às leis de proteção dessa população, além de confirmar, ou não, os achados nacionais.

O primeiro passo na escuta das PVHA sobre o objeto pesquisado foi a realização do grupo focal em uma policlínica da cidade do Rio de Janeiro, entre aqueles que acessavam o setor de infectologia. Foram elegíveis os usuários do serviço que sofreram algum tipo de discriminação no emprego (formal ou informal) e que não processaram os seus perpetradores. Este método de pesquisa tem por princípio a realização de entrevistas ou conversas em grupos pequenos e homogêneos, que tenham de seis a doze pessoas e que durem, no máximo, até uma hora e meia (MINAYO, 2014). Ele deve ser desenvolvido por meio de um guia de perguntas, do geral ao específico (MINAYO et al., 2005). É uma técnica rápida e de baixo custo para a obtenção de dados e informações qualitativas e utilizada como recurso para a compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de determinados grupos (DUARTE et al., 2008).

Para a realização do grupo focal, além das regras acima mencionadas, é importante a presença de dois pesquisadores: o animador e o relator. O animador tem o papel de apresentar o tema para os participantes, instigar a participação de todos, inibir aqueles que monopolizam a palavra, controlar o tempo da conversa, para que todos os pontos importantes sejam debatidos, além de tentar aprofundar a discussão no grupo. Já o relator tem o dever de observar o comportamento do grupo, anotando todas as impressões (MINAYO, 2014). Dentro desse método, sendo a autora da tese a moderadora e a coorientadora, relatora.

Para a realização do grupo focal, o auxílio das assistentes sociais da unidade de saúde foi fundamental para a identificação de quais usuários do serviço poderiam ser convidados para essa dinâmica. Além disso, elas fizeram a intermediação entre a pesquisadora e as PVHA. Parte dos participantes foram recrutados pelas observações realizadas na sala de espera da infectologia; e outros, no atendimento das assistentes sociais. Estas registram todas as pessoas que passam por esse setor em um livro, fazem um breve resumo sobre o conteúdo do atendimento e anotam todos os dados dos usuários do serviço. Sempre que encontravam alguma

pessoa com o perfil da pesquisa, avisavam. Os estagiários tiveram o mesmo papel e sempre repassaram as informações sobre os possíveis candidatos para o grupo focal.

Essa dinâmica foi realizada no auditório do serviço de saúde. Além da moderadora e da relatora, uma assistente social, a mais antiga dentro da unidade de saúde, esteve presente durante o processo. A presença dela pode ter inibido a fala das PVHA em alguns tópicos, mas, por outro lado, trouxe confiança para muitos participantes, principalmente aqueles que não conheciam a moderadora e a relatora. O grupo focal ocorreu no dia 15 de dezembro de 2015, no período da tarde, contou com seis PVHA e durou em torno de 2 horas e 20 minutos. A longa duração da dinâmica foi motivada pela tentativa dos participantes de contar as suas histórias de vida. Por muitas vezes, a moderadora trouxe o grupo de volta para o debate dos pontos do roteiro, mas, em alguns momentos, foi impossível, pela comoção da descrição de um fato, pelas lágrimas ao recordarem o sofrimento vivido e pela tentativa de apoio dos demais participantes. Cada PVHA recebeu o valor de R\$ 15 para cobrir as despesas com o transporte e foi oferecido um lanche. As impressões da interação do grupo foram registradas pela moderadora e relatora do grupo focal e o áudio da dinâmica foi gravado e depois transcrito.

O roteiro do grupo focal foi dividido em três grandes grupos e a relação de todos os tópicos abordados está no Anexo B. O primeiro grupo abordou as perguntas sobre **o impacto do diagnóstico no trabalho e o acesso às informações sobre os direitos das PVHA**; o segundo colocou em pauta as questões **do trabalho como lugar de pensamentos estigmatizantes e de atitudes discriminatórias**; e o terceiro versou sobre **o acesso aos benefícios pelo entendimento e uso das leis brasileiras**. As perguntas inseridas nesses três grandes grupos serviram para responder às perguntas norteadoras da tese.

Antes do grupo focal, os participantes responderam a um pequeno questionário sobre o perfil sociodemográfico de cada um. Três participantes eram mulheres e três eram homens, tinham entre 44 e 58 anos, quatro eram solteiros, um era casado e uma era viúva, a renda familiar<sup>9</sup> girava em torno de R\$ 112 até R\$ 2.100 reais e todos moravam no município do Rio de Janeiro. No que tange à escolaridade, um entrevistado tinha o primário, outro tinha o ensino fundamental incompleto, três tinham o segundo grau completo e uma tinha pós-graduação (sendo a única com plano de saúde). No que se refere a cor/raça, três entrevistados se consideravam negros, um como pardo e dois como brancos. Em relação à religião, dois entrevistados eram evangélicos, um era umbandista, um era kardecista, um se considerava cristão e outro não praticava religião. Sobre a orientação sexual, somente três entrevistados

---

<sup>9</sup> Mesmo com a pergunta sobre a renda família, os entrevistados responderam sobre a renda de forma individual.

responderam a essa pergunta, um era homossexual e dois eram heterossexuais. Ninguém participava de ONG/aids e dois eram aposentados, três estavam desempregados e uma era autônoma.

**Quadro 4.** Perfil sociodemográfico – PVHA/unidade de saúde

Código	Idade	Estado Civil	Renda Familiar	Município/Bairro	Religião	Orientação Sexual	Escolaridade	Cor/Raça	Plano de saúde	ONG	Situação de Trabalho
<b>PVHA mulher UD 1</b>	58	Viúva	R\$ 2.000,00	Rio de Janeiro/ Padre Miguel	Evangélica	Hetero.	Pós-Graduação	Negra	Sim	Não	Aposentada (Pastora, Advogada e Psicóloga)
<b>PVHA homem UD 2</b>	56	Solteiro	R\$ 2.100,00	Rio de Janeiro/ Centro	Kardecista	Homo.	Segundo Grau	Negro	Não	Não	Aposentado
<b>PVHA homem UD 3</b>	53	Casado	R\$ 400,00	Rio de Janeiro/ Cosmos	Não pratica	Hetero.	5°. Ano* do ensino fundamental <b>Antigo Primário</b>	Branco	Não	Não	Desempregado (emprego informal de camelô)
<b>PVHA mulher UD 4</b>	57	Solteira	R\$ 112,00	Rio de Janeiro/ Centro	Evangélica	NI*	Segundo Grau	Branca	Não	Não	Autônoma (vende quentinha)
<b>PVHA homem UD 5</b>	53	Solteiro	Não informado	Rio de Janeiro	Cristão	NI	Segundo Grau	Pardo	Não	Não	Desempregado
<b>PVHA mulher UD 6</b>	44	Solteira	R\$ 150,00	Rio de Janeiro/ Pavuna	Umbandista	NI	7°. ano** do ensino fundamental	Negra	Não	Não	Desempregada

\* Não Informado.

\*\* Segundo a Lei do Ensino Fundamental, de 2006, que juntou o antigo primário com o primeiro grau.

Diferentemente do que foi realizado na unidade de saúde, foram elaboradas entrevistas semiestruturadas individuais no Grupo Pela Vidda Niterói, embora tenham sido utilizadas as mesmas perguntas do grupo focal, para que as respostas pudessem ser comparadas. Foram elegíveis as PVHA que buscaram a Assessoria Jurídica da ONG ou que fizeram alguma atividade ofertada por essa instituição e entraram com processos de discriminação relacionados ao trabalho. Dessa forma, dois homens e uma mulher foram entrevistados. Uma quarta entrevista foi agendada, mas, no dia marcado, a PVHA não apareceu por problemas no trabalho. A advogada da Assessoria Jurídica foi a responsável pela aproximação e agendamento de duas entrevistas e o terceiro entrevistado foi convidado durante a sua participação no Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e Aids, ofertado pela ONG.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos entrevistados do Grupo Pela Vidda Niterói, a idade variou entre 25, 44, e 63 anos, dois eram casados e um solteiro, a renda familiar<sup>10</sup> alternou de R\$ 2.700 a R\$ 10.000, somente uma entrevistada morava na mesma cidade da ONG, Niterói, e os outros dois moravam no Rio de Janeiro e em Angra dos Reis. No que tange à religião, dois eram católicos e um era espírita. Sobre a orientação sexual e escolaridade, dois eram heterossexuais e tinham o nível superior completo e um era homossexual e tinha o nível superior incompleto. Todos se consideravam brancos, somente um tinha plano de saúde (aquele com maior renda), como também somente um participava do movimento social de aids (o mais novo). Em relação à situação de trabalho, um era aposentado, uma estava de licença médica (recebendo auxílio-doença) e um estava trabalhando, mas tentando a reforma militar na justiça.

**Quadro 5.** Perfil sociodemográfico – PVHA/ONG

Código	Idade	Estado Civil	Renda Familiar	Município	Religião	Orientação Sexual	Escolaridade	Cor/Raça	Plano de saúde	ONG	Situação de Trabalho
<b>PVHA Homem ONG 1</b>	63	Casado	R\$ 10.000,00	Angra dos Reis	Espírita	Hetero.	Superior	Branco	Sim	Não	Aposentado
<b>PVHA Mulher ONG 2</b>	44	Casada	R\$ 4.000,00 Antes do diagnóstico de HIV era de R\$ 20.000,00	Niterói/Gragoatá	Catolicista	Hetero.	Superior	Branca	Não	Não	Licença médica/Auxílio-Doença  Agente de viagens
<b>PVHA Homem ONG 3</b>	25	Solteiro	R\$ 2.700,00	Rio de Janeiro/Senador Camará	Catolicista	Homo.	Superior incompleto	Branco	Não	Sim	Militar e consultor de uma ONG de outro estado

O grupo focal e as entrevistas semiestruturadas foram importantes para a percepção do processo de discriminação vivenciado pelas PVHA no acesso e/ou no ambiente de trabalho. Também para o entendimento de como elas lidaram com este tipo de situação e se quiseram ou não processar os seus perpetradores. Além disso, foi primordial, para a compreensão do acesso dessa população aos seus direitos, o conhecimento sobre as diversas leis de proteção e os benefícios do governo disponíveis.

Outra parte importante na metodologia qualitativa foi a realização das entrevistas semiestruturadas, não apenas com as PVHA que foram auxiliadas pela ONG, mas também: a) com os profissionais de saúde (duas assistentes sociais e um infectologista) da unidade de saúde

<sup>10</sup> Uma entrevistada relatou que a renda familiar girava em torno de R\$ 20.000, mas, depois que começou a receber o auxílio-doença, ela caiu para R\$ 4.000.

pesquisada, que trabalhavam diretamente com essa população; b) com dois ativistas, um homem e uma mulher, participantes do Grupo Pela Vidda Niterói, que colaboravam com a Assessoria Jurídica e com um projeto relacionado ao acesso das PVHA ao mercado de trabalho. As perguntas foram direcionadas à compreensão dos aspectos considerados no presente estudo. O roteiro, com todas as perguntas, pode ser examinado no Anexo C. Após a transcrição de todas as entrevistas, foi utilizado o programa MaxQDA<sup>11</sup>, versão 12, com o intuito de sistematizar as categorias para um melhor aproveitamento dos dados coletados, que foram divididos em 7 grandes categorias: 1 - benefícios; 2 - percepções da unidade de saúde; 3 - discriminação (de forma geral e no trabalho); 4 - questões relacionadas a HIV/aids; 5 - ativismo; 6 – informação-direitos; e 7 - descoberta e revelação do diagnóstico. As grandes categorias ainda foram divididas em outras 36 subcategorias.

As entrevistas constituem um método amplamente utilizado nas investigações ligadas ao campo das Ciências Sociais; a área da Saúde Pública também vem empregando em suas pesquisas. As entrevistas são importantes para a coleta de informações sobre um determinado tema, podendo ser através de uma conversa entre dois ou vários interlocutores a ser realizada por um entrevistador e com foco no seu objeto de pesquisa (MINAYO, 2014). No que tange às entrevistas semiestruturadas, elas são compostas por uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem pré-determinada, durante as quais o entrevistador pode acrescentar outras perguntas, para o esclarecimento de algum ponto (LAVILLE, 1999).

Outro método empregado na pesquisa foi a observação participante<sup>12</sup>. É uma técnica metodológica do campo da Antropologia que consiste em observar o que não é dito nas entrevistas formais. Ela compõe, juntamente com a etnografia, o trabalho de campo. A observação participante requer tempo para entender a interação do grupo pesquisado e, ao mesmo tempo, o pesquisador necessita de um diário de campo para fazer anotações sobre as impressões do que está sendo observado. A partir dessas observações prolongadas, a descrição, ou etnografia, é realizada.

A observação participante foi efetivada no decorrer do ano de 2015, na unidade de saúde pesquisada, sobretudo nos “grupos de convivência” realizados de quinze em quinze dias, enquanto os usuários do serviço aguardavam o atendimento na sala de espera da infectologia. Esses grupos são coordenados pelos profissionais de saúde, sobretudo as assistentes sociais, e

---

<sup>11</sup> Software profissional para análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa.

<sup>12</sup> Técnica utilizada pelo antropólogo Malinowski, desenvolvida no seu trabalho de campo entre os nativos das Ilhas Trobriand e descrita no clássico livro “Os Argonautas do Pacífico Ocidental”, publicado em 1922 (MINAYO, 2014).

com temas que giram em torno de sexo, álcool/drogas e aspectos gerais de HIV/aids. A observação participante também foi realizada durante o seminário nacional promovido pelo Grupo Pela Vidda Niterói e o Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e Aids, ambos em 2016.

Todo percurso metodológico exposto neste capítulo, com a utilização de diversas estratégias para a coleta dos dados quantitativos e qualitativos, foi necessário para que a tese pudesse apreender os aspectos do estigma e da discriminação relacionados às PVHA no trabalho. Dessa forma, revela-se a complexidade em se trabalhar com esse tema.

#### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa levou em consideração as diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz e da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro (SMS-RJ), de acordo com as Normas da Resolução CNS/Conep 466/2012.

Foi explicado aos participantes entrevistados, em cada etapa metodológica, o detalhamento dos procedimentos utilizados, deixando clara a confidencialidade daqueles que aceitaram o convite. Eles receberam os termos de consentimento livre esclarecido (TCLE), tanto no grupo focal quanto nas entrevistas em profundidade, e que foram inseridos no Anexo D. Os termos trataram das informações de contato para o esclarecimento de qualquer dúvida, tanto do CEP da Fiocruz quanto da SMS-RJ, além da descrição da pesquisa e seus objetivos. Uma via do TCLE foi entregue para os sujeitos da pesquisa e uma segunda via foi assinada por eles e guardada na Fiocruz.

O projeto foi aprovado pelo CEP da EPSJV, da Fundação Oswaldo Cruz, CAAE: 45647415.2.0000.5241, parecer n°: 1.141.120, no dia 7 de julho de 2015, e pelo Centro de Estudos da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento 1.0, da SMS-RJ, CAAE: 45647415.2.3001.5279, parecer n°: 1.193.344, no dia 24 de agosto de 2015. As entrevistas foram realizadas de novembro de 2015 a abril de 2016. O CEP da Fiocruz foi consultado sobre a citação do Grupo Pela Vidda Niterói na tese e o coordenador respondeu que não havia problema por ser uma entidade nacionalmente conhecida e facilmente identificada, pois é a única do estado do Rio de Janeiro com uma Assessoria Jurídica ativa.



## 5. RESULTADOS

### 5.1 O IMPACTO DE HIV/AIDS NO TRABALHO, ENTRE OS ENTREVISTADOS DA PESQUISA NACIONAL

Foram entrevistados 1.245 indivíduos, pacientes em terapia antirretroviral (TARV). Destes, 58,5% eram do sexo masculino e 41,5% do sexo feminino. A maioria dos pacientes entrevistados tinham entre 40 e 59 anos, tanto entre homens (78,6%) quanto mulheres (73,9). Os menores percentuais relacionados à idade dos respondentes foram observados entre os jovens de 18 a 24 anos. Resultados por grau de escolaridade mostraram que 44% dos pacientes pesquisados não possuíam instrução ou tinham apenas o ensino fundamental incompleto. Os menores percentuais foram observados entre os mais escolarizados, com superior completo ou mais; 10% entre os homens e 5% entre as mulheres (Tabela 1).

Entre os homens em TARV, a maioria se declarou solteiro (44,7%) e com a cor da pele branca (47,8%). Entre as mulheres, a maioria também se declarou com a pele branca (42,5%), porém, em relação ao estado civil, a maior parte das mulheres era casada ou vivia com companheiro (a) (40%). O percentual de solteiras foi de apenas 18,6% (Tabela 1).

Cerca de 83% dos entrevistados declararam não possuir plano de saúde e quase 60% não estavam trabalhando no momento da pesquisa. 38,9% dos homens e 25,8% das mulheres estavam aposentados por doença, incapacitados para o trabalho, ou recebendo auxílio-doença. Cerca de 18% dos entrevistados declararam não ter nenhum rendimento (Tabela 1).

Sobre as questões relacionadas ao estado de saúde, 91,6% autoavaliaram a saúde como excelente, boa ou moderada; este percentual se manteve próximo tanto para homens como para mulheres. Já em relação à autoavaliação de saúde ruim ou péssima, as mulheres tiveram maiores percentuais que os homens, 10,1 e 7,1%, respectivamente. Em relação à capacidade de trabalho, quase 75% dos entrevistados disseram ter capacidade excelente, boa ou moderada para o trabalho. Logo, um quarto dos entrevistados disseram estar com uma capacidade ruim ou péssima para trabalhar. Sobre a autoavaliação da aparência física, 13% dos homens e 18,6% das mulheres mencionaram estar com uma aparência ruim ou péssima. 13,5% dos entrevistados disseram ter grau intenso ou muito intenso de dificuldade em realizar atividades de rotina, sendo o percentual entre os homens de 11,5% e 16,3% entre as mulheres. E 92,5% relataram nenhum, leve ou grau moderado de dificuldade para seguir o tratamento. Em relação às questões de estado de ânimo, quase 27% dos entrevistados relataram um grau intenso ou muito intenso em

sentir cabisbaixo(a) ou deprimido(a) e 39% com um grau intenso ou muito intenso de preocupação ou ansiedade nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa (Tabela 2).

Quanto aos problemas que aconteceram aos entrevistados, relacionados à infecção por HIV/aids, 36,6% tiveram piora na situação financeira, 14,6% tiveram mudança de local de moradia, 15,2% relataram perda de independência e 20,7%, perda de emprego. Em relação a diferenças por sexo, os homens tiveram maiores percentuais de piora na situação financeira e tiveram que mudar mais do local de moradia que as mulheres. Já as mulheres, perderam mais sua independência e mais emprego do que os homens. Sobre a discriminação sofrida por conta da infecção por HIV/aids, quase 21% dos entrevistados relataram ter sofrido discriminação por parte da comunidade em que vive, 16,2% por parte dos amigos e 15,9% por parte da família. Entre homens e mulheres, destaca-se a discriminação por parte da família, que entre os homens foi de 14% e para as mulheres de 18,7% (Tabela 3).

Na análise por situação de trabalho no momento da pesquisa, em relação à idade, destaca-se a faixa de idade de 25 a 39 anos, em que 60,4% dos homens não estavam trabalhando e a faixa de 40 a 59 anos, em que quase 65% das mulheres não estavam trabalhando. Sobre o grau de escolaridade, 30,1% dos homens com ensino superior ou mais não estavam trabalhando e, entre as mulheres, o percentual foi de 50% (Tabela 4).

Em relação ao estado de saúde, 54% dos homens que autoavaliaram sua saúde como excelente, boa ou moderada não estavam trabalhando. Para as mulheres, esse percentual é ainda maior (58,7%). No grupo dos que autoavaliaram sua capacidade para o trabalho como excelente, boa ou moderada, o percentual de pessoas que não estavam trabalhando foi um pouco menor para ambos os sexos, 45% entre os homens e 53,9% entre as mulheres. 64,4% dos que relataram ter um grau intenso e muito intenso de dificuldade em seguir o tratamento não estavam trabalhando e, entre as mulheres, o percentual foi de quase 71% (Tabela 4).

Sobre as questões do estado de ânimo, 69,1% dos homens que se sentiram cabisbaixos ou deprimidos em um grau intenso ou muito intenso não estavam trabalhando e o percentual foi de 73,5% entre as mulheres. Já em relação à preocupação e à ansiedade nesse mesmo grau, o percentual de desemprego entre os homens foi de 64,1% e de 69,2% entre as mulheres (Tabela 4).

Dos que perderam o emprego por conta da infecção por HIV/aids, quase 67% dos homens e 70,5% das mulheres continuavam desempregados no momento da pesquisa. Dos homens que declararam não ter nenhum benefício do governo, quase 34% não estavam trabalhando e, entre as mulheres, o percentual foi de quase 54% (Tabela 4).

Nos homens da faixa etária de 18 a 24 anos, 20% perderam o emprego devido à infecção por HIV/aids e 27,1% das mulheres de 25 a 39 anos, também. Em relação aos homens sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, 21,4% perderam o emprego e, entre as mulheres, o percentual foi de 27,6%. Dentre os homens que autoavaliaram sua saúde como ruim ou péssima, 36,5% perderam o emprego e 39,2% das mulheres que fizeram essa avaliação também perderam o emprego. No que tange à capacidade de trabalho excelente, boa ou moderada, a perda de emprego foi de 18% entre homens e 21% entre as mulheres. Sobre o grau de dificuldade em seguir o tratamento, dos homens que relataram não ter nenhum grau de dificuldade, ou um grau leve ou moderado, 18% perderam o emprego. Nas mulheres, o percentual foi de 22,5% (Tabela 5).

Dentre os homens que disseram ter se sentido cabisbaixos ou deprimidos em um grau intenso ou muito intenso, quase 30% perderam o emprego; já entre as mulheres o mesmo percentual foi de quase 32%. Já os homens que tiveram preocupação ou ansiedade também em um grau intenso ou muito intenso, 24,5% perderam o emprego e 27,6 das mulheres nesse mesmo grau também perderam o emprego por conta da infecção por HIV/aids (Tabela 5).

Das pessoas que declararam ter o Amparo Assistencial ao Portador de Deficiências (LOAS), 35% perderam o emprego dentre os homens e 38,5 dentre as mulheres. Sobre a piora na situação financeira, 40,4% dos homens perderam o emprego e 47,5 das mulheres também. Os percentuais são ainda maiores para os que relataram ter que mudar o local de moradia por conta da infecção por HIV/aids, 49,5% dos homens perderam o emprego e 50,7% das mulheres também. Dos homens que perderam sua independência, 33,7% por conta da perda de emprego e entre as mulheres 35,3% (Tabela 5).

O Gráfico 1 indica que, entre aqueles que estavam empregados no momento da realização da pesquisa, a maioria não havia faltado ao trabalho, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, em decorrência de HIV/aids; 72,7% (em torno de 400 pacientes). Aqueles que se ausentaram 10 dias ou mais somam menos de 50 entrevistados (6,7%).

**Tabela 1.** Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por sexo segundo características sociodemográficas. Brasil, 2008 (n=1.245)

Características sociodemográficas	Masculino			Feminino			Total		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
		LI	LS		LI	LS		LI	LS
<b>Total</b>	58,5	54,5	62,5	41,5	37,5	45,5	-	-	-
<b>Faixa de idade</b>									
18 a 24 anos	3,2	2,0	4,9	5,3	3,1	8,9	4,1	2,8	5,9
25 a 39 anos	10,0	7,1	14,1	14,2	10,0	19,9	11,8	9,0	15,4
40 a 59 anos	78,6	74,5	82,1	73,9	68,4	78,8	76,6	73,1	79,8
60 anos ou mais	8,2	6,1	10,9	6,5	4,1	10,3	7,5	5,8	9,7
<b>Grau de escolaridade</b>									
Sem instrução e fundamental incompleto	39,7	34,6	45,1	50,1	43,9	56,3	44,0	39,2	49,0
Fundamental completo e médio incompleto	20,0	16,9	23,4	20,2	16,7	24,3	20,1	17,6	22,8
Médio completo e superior incompleto	30,3	25,8	35,2	24,7	20,2	29,8	28,0	24,5	31,7
Superior completo ou mais	10,0	7,3	13,6	5,0	3,2	7,9	8,0	6,0	10,5
<b>Estado civil</b>									
Solteiro(a)	44,7	39,6	49,8	18,6	15,1	22,7	33,9	30,3	37,7
Casado(a) / Vive com companheiro(a)	34,7	30,6	38,9	40,0	34,9	45,3	36,9	33,2	40,7
Separado(a) / Divorciado(a)	16,8	13,8	20,4	24,1	20,0	28,7	19,8	17,1	22,9
Viúvo(a)	3,8	2,5	5,8	17,3	13,7	21,6	9,4	7,7	11,4
<b>Raça / cor da pele</b>									
Branca	47,8	40,8	54,9	42,5	34,9	50,5	45,6	39,3	52,1
Preta	11,9	9,3	15,1	16,1	13,0	19,8	13,7	11,5	16,2
Parda	38,5	32,7	44,7	38,6	31,9	45,8	38,6	33,3	44,4
Outras	1,8	0,9	3,4	2,7	1,5	5,0	2,2	1,3	3,6
<b>Possui plano de saúde</b>									
Sim	18,5	15,6	21,8	15,9	11,9	21,0	17,4	14,7	20,5
Não	81,5	78,2	84,4	84,1	79,0	88,1	82,6	79,5	85,3
<b>Trabalha atualmente</b>									
Sim	44,9	10,2	49,8	38,1	33,1	43,3	42,1	38,1	46,2
Não	55,1	50,2	59,8	61,9	56,7	66,9	57,9	53,8	61,9
<b>Situação atual de trabalho</b>									
Servidor público	3,6	2,3	5,5	2,3	1,3	4,1	3,1	2,2	4,3
Empregado com carteira assinada	16,8	13,6	20,8	13,4	9,9	17,9	15,4	12,6	18,8
Empregado sem carteira assinada	4,9	3,5	6,8	8,5	6,4	11,3	6,4	5,1	8,1
Trabalha por conta própria / Autônomo(a)	19,3	16,1	23,0	13,8	10,8	17,5	17,0	14,4	20,0
Empregador	0,3	0,1	1,1	0,0	-	-	0,2	0,0	0,7
Dona de casa / cuidando da família	0,1	0,0	1,0	17,5	12,9	23,3	7,3	5,3	9,9
Desempregado	6,3	4,6	8,5	7,8	5,3	11,3	6,9	5,2	9,1
Estudos / treinamento / Trabalhos não remunerados	1,5	0,8	2,9	1,2	0,5	2,9	1,4	0,8	2,5
Aposentado por tempo de serviço	2,3	1,3	4,0	1,9	1,0	3,7	2,2	1,4	3,4
Aposentado por doença / Incapacidade para o trabalho / Auxílio-Doença	38,9	34,2	43,8	25,8	20,5	32,0	33,5	29,6	37,6
Não trabalha por outro motivo	5,9	3,9	8,8	7,8	5,8	10,4	6,7	5,3	8,4
<b>Renda atual</b>									
Não tem rendimento	13,6	11,1	16,5	24,1	20,3	28,3	17,9	15,4	20,7
R\$1,00 a R\$379,00	6,2	4,3	8,7	11,8	8,8	15,7	8,5	6,6	11,0
R\$380,00 a R\$759,00	38,1	33,4	43,0	46,8	41,8	51,9	41,7	37,9	45,6
R\$760,00 a R\$1.139,00	16,4	13,4	19,9	8,7	6,4	11,9	13,3	10,9	16,0
R\$1.140,00 a R\$1.999,00	15,6	12,6	19,1	4,9	3,2	7,4	11,2	9,0	13,8
R\$2.000,00 a R\$4.999,00	8,2	6,1	11,0	2,3	1,2	4,3	5,8	4,3	7,7
R\$5.000 ou mais	1,0	0,5	1,9	0,0	-	-	0,6	0,3	1,1
Não sabe / Não informou	1,0	0,4	2,2	1,4	0,7	2,7	1,1	0,6	2,1

**Tabela 2.** Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por sexo segundo questões relacionadas ao estado de saúde. Brasil, 2008 (n=1.245)

Estado de saúde	Masculino			Feminino			Total		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
		LI	LS		LI	LS		LI	LS
<b>Total</b>	58,5	54,5	62,5	41,5	37,5	45,5	-	-	-
<b>Autoavaliação de saúde</b>									
Excelente / Boa / Moderada	92,9	90,3	94,8	89,9	85,0	93,3	91,6	89,4	93,5
Ruim / Péssima	7,1	5,2	9,7	10,1	6,7	15,0	8,4	6,5	10,6
<b>Autoavaliação da capacidade de trabalho</b>									
Excelente / Boa / Moderada	72,7	68,9	76,3	77,9	72,5	82,5	74,9	71,4	78,0
Ruim / Péssima	27,3	23,7	31,1	22,1	17,5	27,5	25,1	22,0	28,6
<b>Autoavaliação da aparência física</b>									
Excelente / Boa / Moderada	87,0	83,7	89,7	81,4	76,9	85,1	84,7	81,6	87,3
Ruim / Péssima	13,0	10,3	16,3	18,6	14,9	23,1	15,3	12,7	18,4
<b>Grau de dificuldade em realizar atividades de rotina</b>									
Nenhum / Leve / Moderado	88,5	85,5	90,9	83,7	78,8	87,6	86,5	83,6	89,0
Intenso / Muito intenso	11,5	9,1	14,5	16,3	12,4	21,2	13,5	11,0	16,4
<b>Grau de dificuldade em seguir o tratamento</b>									
Nenhum / Leve / Moderado	93,8	91,2	95,7	90,7	87,7	93,0	92,5	90,7	94,0
Intenso / Muito intenso	6,2	4,3	8,8	9,3	7,0	12,3	7,5	6,0	9,3
<b>Grau em que se sentiu cabisbaixo(a) ou deprimido(a) nos últimos 30 dias</b>									
Nenhum / Leve / Moderado	77,4	73,8	80,7	67,0	61,7	71,9	73,1	69,7	76,3
Intenso / Muito intenso	22,6	19,3	26,2	33,0	28,1	38,3	26,9	23,7	30,3
<b>Grau em que se sentiu preocupado(a) ou ansioso(a) nos últimos 30 dias</b>									
Nenhum / Leve / Moderado	66,4	62,2	70,5	53,4	48,0	58,7	61,0	57,5	64,5
Intenso / Muito intenso	33,6	29,5	37,8	46,6	41,3	52,0	39,0	35,5	42,5

**Tabela 3.** Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por sexo segundo questões relacionadas diretamente à infecção por HIV/aids. Brasil, 2008 (n=1.245)

Questões relacionadas diretamente à infecção por HIV/aids	Masculino			Feminino			Total		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
		LI	LS		LI	LS		LI	LS
<b>Total</b>	58,5	54,5	62,5	41,5	37,5	45,5	-	-	-
<b>Piora na situação financeira</b>									
Sim	37,3	31,7	43,2	35,6	29,6	42,0	36,6	31,8	41,6
Não	62,7	56,8	68,3	64,4	58,0	70,4	63,4	58,4	68,2
<b>Mudança de local de moradia</b>									
Sim	15,2	11,9	19,2	13,8	10,0	18,7	14,6	11,7	18,1
Não	84,8	80,8	88,1	86,2	81,3	90,0	85,4	81,9	88,3
<b>Perda de independência</b>									
Sim	14,2	10,5	19,1	16,5	11,7	22,9	15,2	11,4	19,9
Não	85,8	80,9	89,5	83,5	77,1	88,3	84,8	80,1	88,6
<b>Perda de emprego</b>									
Sim	19,3	16,0	23,1	22,8	19,0	27,1	20,7	18,2	23,5
Não	80,7	76,9	84,0	77,2	72,9	81,0	79,3	76,5	81,8
<b>Discriminação por parte da comunidade em que vive</b>									
Sim	20,4	17,3	23,9	21,6	17,0	27,1	20,9	17,8	24,4
Não	79,6	76,1	82,7	78,4	72,9	83,0	79,1	75,6	82,2
<b>Discriminação por parte dos amigos</b>									
Sim	15,9	12,9	19,4	16,7	12,9	21,5	16,2	13,4	19,5
Não	84,1	80,6	87,1	83,3	78,5	87,1	83,8	80,5	86,6
<b>Discriminação por parte da família</b>									
Sim	14,0	10,6	18,2	18,7	14,4	23,9	15,9	12,7	19,8
Não	86,0	81,8	89,4	81,3	76,1	85,6	84,1	80,2	87,3
<b>Benefícios do governo</b>									
Auxílio-Doença	30,5	26,0	35,5	21,4	17,4	26,0	26,8	23,0	30,9
Aposentadoria por invalidez	16,7	13,5	20,6	8,2	6,0	11,0	13,2	10,9	15,9
Amparo Assistencial ao Portador de Deficiência (LOAS)	2,7	1,6	4,7	2,5	1,4	4,5	2,7	1,6	4,3
Passe livre para transporte (isenção tarifária)	31,1	23,8	39,5	34,4	25,5	44,6	32,5	24,8	41,2
Nenhum	38,5	33,4	43,9	49,8	42,8	56,8	43,2	37,8	48,7
Outros	6,6	4,8	9,0	3,9	2,3	6,4	5,5	4,0	7,4

**Tabela 4.** Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por situação atual de trabalho e sexo, segundo variáveis de estudo. Brasil, 2008 (n=1.245)

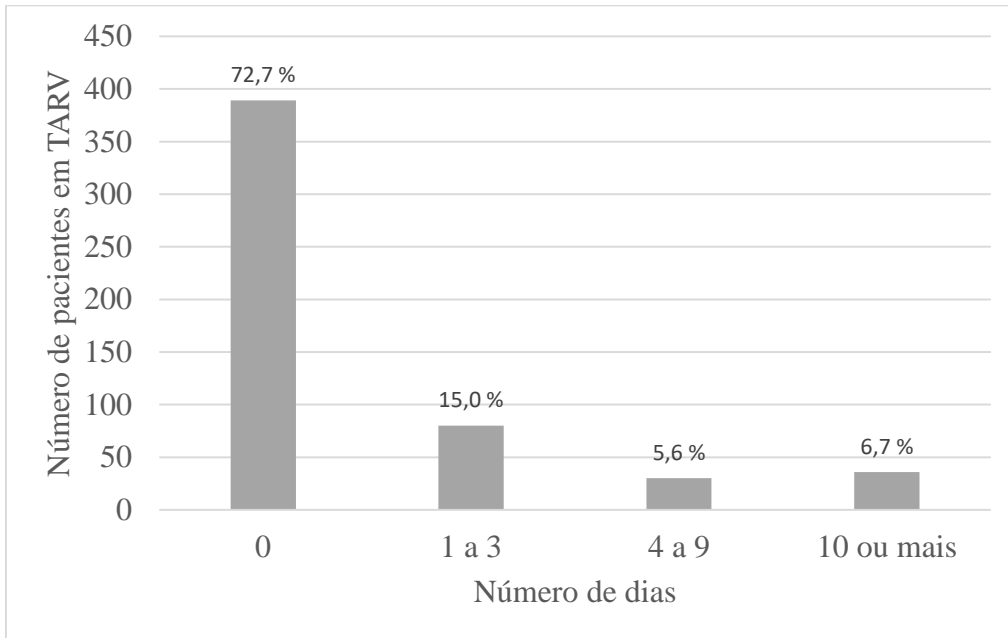
Variáveis de estudo	Masculino						Feminino					
	Não trabalha			Trabalha			Não trabalha			Trabalha		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
	LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS	
<b>Total</b>	55,1	50,2	59,8	44,9	40,2	49,8	61,9	56,7	66,9	38,1	33,1	43,3
<b>Faixa de idade</b>												
18 a 24 anos	46,7	23,3	71,6	53,3	28,4	76,7	50,0	28,7	71,3	50,0	28,7	71,3
25 a 39 anos	60,4	44,6	74,3	39,6	25,7	55,4	58,3	41,7	73,2	41,7	26,8	58,3
40 a 59 anos	57,2	51,6	62,6	42,8	37,4	48,4	64,7	57,7	71,1	35,3	28,9	42,3
60 anos ou mais	76,9	60,8	87,8	23,1	12,2	39,2	90,9	70,8	97,6	9,1	2,4	29,2
<b>Grau de escolaridade</b>												
Sem instrução e fundamental incompleto	67,6	60,7	73,8	32,4	26,2	39,3	71,7	66,2	76,6	28,3	23,4	33,8
Fundamental completo e médio incompleto	56,2	47,2	64,8	43,8	35,2	52,8	56,7	47,1	65,9	43,3	34,1	52,9
Médio completo e superior incompleto	46,2	39,4	53,0	53,8	47,0	60,6	48,8	38,8	58,9	51,2	41,1	61,2
Superior completo ou mais	30,1	19,9	42,8	69,9	57,2	80,1	50,0	25,6	74,4	50,0	25,6	74,4
<b>Autoavaliação de saúde</b>												
Excelente / Boa / Moderada	54,0	49,0	58,9	46,0	41,1	51,0	58,7	53,9	63,5	41,3	36,5	46,1
Ruim / Péssima	69,2	53,7	81,4	30,8	18,6	46,3	90,4	74,4	96,8	9,6	3,2	25,6
<b>Autoavaliação da capacidade de trabalho</b>												
Excelente / Boa / Moderada	45,0	39,9	50,2	55,0	49,8	60,1	53,9	49,3	58,4	46,1	41,6	50,7
Ruim / Péssima	81,9	74,1	87,8	18,1	12,2	25,9	90,4	82,9	94,8	9,6	5,2	17,1
<b>Grau de dificuldade em seguir o tratamento</b>												
Nenhum / Leve / Moderado	54,5	49,7	59,1	45,5	40,9	50,3	61,1	55,4	66,4	39,0	33,6	44,6
Intenso / Muito intenso	64,4	48,7	77,6	35,6	22,4	51,3	70,8	57,4	81,4	29,2	18,6	42,6
<b>Grau em que se sentiu cabisbaixo(a) ou deprimido(a) nos últimos 30 dias</b>												
Nenhum / Leve / Moderado	51,0	45,4	56,5	49,0	43,5	54,6	56,2	50,9	61,4	43,8	38,6	49,1
Intenso / Muito intenso	69,1	61,4	75,8	30,9	24,2	38,6	73,5	66,0	79,9	26,5	20,1	34,0
<b>Grau em que se sentiu preocupado(a) ou ansioso(a) nos últimos 30 dias</b>												
Nenhum / Leve / Moderado	50,5	44,9	56,1	49,5	43,9	55,1	55,6	49,7	61,4	44,4	38,6	50,3
Intenso / Muito intenso	64,1	57,9	69,8	35,9	30,2	42,1	69,2	62,0	75,5	30,8	24,5	38,0
<b>Benefícios do governo</b>												
Auxílio-Doença	73,5	66,4	79,6	26,5	20,4	33,6	82,7	73,0	89,4	17,3	10,6	27,0
Aposentadoria por invalidez	88,5	81,3	93,2	11,5	6,8	18,7	92,9	79,0	97,8	7,1	2,2	21,0
Amparo Assistencial ao Portador de Deficiência (LOAS)	65,0	42,8	82,2	35,0	17,8	57,2	100,0	100,0	100,0	0,0	-	-
Passaporte livre para transporte (isenção tarifária)	64,8	56,8	72,0	35,2	28,0	43,2	65,5	58,3	72,2	34,5	27,8	41,7
Nenhum	33,8	28,3	39,8	66,2	60,2	71,7	53,9	47,8	59,9	46,1	40,1	52,2
Outros	39,6	25,0	56,3	60,4	43,7	75,0	55,0	36,1	72,5	45,0	27,5	63,9
<b>Perda de emprego</b>												
Sim	66,7	57,8	74,5	33,3	25,5	42,2	70,5	62,6	78,1	29,1	21,9	37,4
Não	52,3	46,5	58,0	47,7	42,0	53,5	52,9	53,3	64,8	40,8	35,2	46,7

**Tabela 5.** Distribuição percentual dos pacientes em terapia antirretroviral por perda de emprego devido à infecção por HIV/aids e sexo, segundo variáveis de estudo. Brasil, 2008 (n=1.245)

Variáveis de estudo	Masculino						Feminino					
	Não perdeu o emprego			Perdeu o emprego			Não perdeu o emprego			Perdeu o emprego		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
	LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS	
<b>Total</b>	80,7	76,9	84,0	19,3	16,0	23,1	77,2	72,9	81,0	22,8	19,0	27,1
<b>Faixa de idade</b>												
18 a 24 anos	80,0	51,7	93,7	20,0	6,3	48,3	83,3	59,6	94,4	16,7	5,6	40,4
25 a 39 anos	81,3	68,3	89,7	18,8	10,3	31,7	72,9	61,8	81,8	27,1	18,2	38,2
40 a 59 anos	80,2	75,3	84,3	19,8	15,7	24,7	75,9	68,6	81,9	24,1	18,1	31,4
60 anos ou mais	97,4	84,0	99,6	2,6	0,4	16,0	86,4	65,4	95,5	13,6	4,5	34,6
<b>Grau de escolaridade</b>												
Sem instrução e fundamental incompleto	78,6	72,0	84,0	21,4	16,0	28,0	72,4	66,3	77,7	27,6	22,3	33,7
Fundamental completo e médio incompleto	79,5	72,5	85,0	20,5	15,0	27,5	76,0	64,6	84,6	24,0	15,4	35,4
Médio completo e superior incompleto	83,3	76,5	88,4	16,7	11,6	23,5	87,4	81,1	91,8	12,6	8,2	18,9
Superior completo ou mais	83,6	71,6	91,1	16,4	8,9	28,4	80,8	62,3	91,4	19,2	8,6	37,7
<b>Autoavaliação de saúde</b>												
Excelente / Boa / Moderada	82,0	78,4	85,1	18,0	14,9	21,6	79,0	74,6	82,9	21,0	17,1	25,4
Ruim / Péssima	63,5	49,0	75,8	36,5	24,2	51,0	60,8	48,0	72,2	39,2	27,8	52,0
<b>Autoavaliação da capacidade de trabalho</b>												
Excelente / Boa / Moderada	82,3	78,3	85,7	17,7	14,3	21,7	81,3	76,3	85,4	18,7	14,6	23,7
Ruim / Péssima	76,4	69,1	82,4	23,6	17,6	30,9	62,8	53,5	71,3	37,2	28,7	46,5
<b>Grau de dificuldade em seguir o tratamento</b>												
Nenhum / Leve / Moderado	81,9	78,2	85,1	18,1	14,9	21,8	77,5	72,4	81,8	22,5	18,2	27,6
Intenso / Muito intenso	62,2	46,5	75,8	37,8	24,2	53,5	75,0	60,5	85,5	25,0	14,5	39,5
<b>Grau em que se sentiu cabisbaixo(a) ou deprimido(a) nos últimos 30 dias</b>												
Nenhum / Leve / Moderado	83,7	79,5	87,2	16,3	12,8	20,5	81,7	76,5	86,0	18,3	14,0	23,5
Intenso / Muito intenso	70,3	62,2	77,3	29,7	22,7	37,8	68,2	60,8	74,9	31,8	25,1	39,2
<b>Grau em que se sentiu preocupado(a) ou ansioso(a) nos últimos 30 dias</b>												
Nenhum / Leve / Moderado	83,3	78,9	86,9	16,7	13,1	21,1	81,5	75,2	86,4	18,5	13,6	24,8
Intenso / Muito intenso	75,5	69,6	80,6	24,5	19,4	30,4	72,4	65,5	78,4	27,6	21,6	34,5
<b>Benefícios do governo</b>												
Auxílio-Doença	74,0	66,2	80,5	26,0	19,5	33,8	66,4	59,4	72,7	33,6	27,3	40,6
Aposentadoria por invalidez	73,8	65,6	80,6	26,2	19,4	34,4	64,3	49,2	77,0	35,7	23,0	50,8
Amparo Assistencial ao Portador de Deficiência (LOAS)	65,0	41,0	83,2	35,0	16,8	59,0	61,5	34,0	83,2	38,5	16,8	66,0
Passe livre para transporte (isenção tarifária)	74,0	68,2	79,1	26,0	20,9	31,8	76,3	70,1	81,5	23,7	18,5	29,9
Nenhum	87,2	82,6	90,7	12,8	9,3	17,4	80,9	74,2	86,1	19,1	13,9	25,8
Outros	87,5	72,5	94,9	12,5	5,1	27,5	65,0	44,6	81,1	35,0	18,9	55,4
<b>Piora na situação financeira</b>												
Sim	59,6	52,8	66,0	40,4	34,0	47,2	52,5	45,5	59,3	47,5	40,7	54,5
Não	93,2	90,3	95,3	6,8	4,7	9,7	90,9	87,4	93,5	9,1	6,5	12,6
<b>Mudança de local de moradia</b>												
Sim	50,5	40,7	60,2	49,5	39,8	59,3	49,3	39,1	59,5	50,7	40,5	60,9
Não	86,1	82,5	89,0	13,9	11,0	17,5	81,7	77,6	85,2	18,3	14,8	22,4
<b>Perda de independência</b>												
Sim	66,3	56,3	75,1	33,7	24,9	43,7	64,7	53,1	74,8	35,3	25,2	46,9
Não	83,1	79,4	86,2	16,9	13,8	20,6	79,7	74,9	83,8	20,3	16,2	25,1



**Gráfico 1.** Distribuição das PVHA que estavam empregadas durante a pesquisa, segundo número de dias que deixaram de ir ao trabalho por motivo de saúde, incluindo dias para consultas médicas ou hospitalizações, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Brasil, 2008



n = 535 pacientes em TARV que estavam trabalhando nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTIGMA E DA DISCRIMINAÇÃO DAS PVHA NO UNIVERSO DE TRABALHO

### 5.2.1 A discriminação no trabalho segundo as PVHA

A discriminação no trabalho entre os entrevistados<sup>13</sup> vivendo com HIV/aids foi percebida de forma distinta. Entre os usuários do serviço de saúde, houve casos de discriminação direta e a demissão ou o afastamento do trabalho ocorreram claramente em função de HIV/aids. Já em outras situações, a discriminação ocorreu de forma sutil, indireta, e sendo entendida após determinadas ações ou gestos dos empregadores.

Na forma direta, os entrevistados da unidade de saúde relataram que a discriminação acontece quando o diagnóstico é revelado. No emprego formal, a aids pode ser um pretexto para retirar da empresa um empregado indesejado, como no relato de uma entrevistada, onde a sua condição sorológica foi utilizada como um facilitador para a sua demissão. Entre aqueles com emprego informal, o medo da contaminação afasta as pessoas do convívio dos soropositivos, ressaltando a discriminação, como no caso de uma senhora que ajudava a filha a cuidar de crianças para ganhar uma renda, além da fala de um entrevistado que trabalha no “Camelódromo”, sendo apontado como aquele que tem aids e, por isso, todos devem tomar “cuidado”:

**“PVHA mulher UD 1:** [...] eu era gerente de uma firma, então o meu chefe, um dos donos da empresa, eram três sócios, um dos donos que trabalhava diretamente comigo tinha um filho, então o filho achava, primeiro ele achava que eu ia casar com o pai dele, nós éramos da mesma idade, agora você vê, só que eu não tinha nenhum interesse pelo pai dele porque pra mim ele era como se fosse o meu pai, eu era da idade do filho dele e mesmo, aí quando descobriram que eu estava com a doença, ele começou a pressionar o pai pra me demitir porque as filhas dele gostavam de mim, entendeu, então vinha com...

**Entrevistadora:** Mas como eles descobriram que você tinha HIV?

**PVHA mulher UD 1:** Porque eu falei, na minha inocência, entendeu, apesar de eu ter quase 30 anos na época, eu não tinha, assim, muita vivência de grupos porque a minha vida foi estudar, trabalhar, estudar, trabalhar, entendeu, então não tinha, assim, muita vivência de grupo e eu confiava em todo mundo, então eu falei; perguntaram, eu falei, né. As pessoas que também estavam, que acompanharam a doença também sabiam, entendeu, aí eu falei e até hoje eu falo, não tem problema”.

---

<sup>13</sup> As entrevistas foram transcritas na íntegra, de forma coloquial, com repetição de palavras dos entrevistados e usos diferentes da gramática.

**“PVHA mulher UD 6:** É, tipo assim, ajudei ela a cuidar das crianças porque era uma renda que entrava, né, mas como a mãe das crianças descobriu que eu sou, ela não é, que eu sou soropositiva, ela tirou as crianças da minha filha, ah, se sua mãe se machucar e a minha neném, não sei o que, sua mãe vai trocar a minha filha, e aí, arranhou, tudo isso, aí ela tirou as crianças da minha filha por eu ser soropositiva”.

**“PVHA homem UD 3:** Olha só, veja bem, a senhora, nós que vivemos, nós que vivemos o problema, nós sabemos o que é discriminação, preconceito, tem pessoas que não pegam nem na minha mão, tem pessoas que saem de perto de mim, sabe, eu sofro todo dia com isso. Eu escuto as pessoas, que eu trabalho no Camelódromo ali, ajudando os camelôs lá, eu vejo pessoas, eu já escutei várias vezes, ó, cuidado que ele tem aids. Entende, porra, aquilo, tem hora que me dá vontade de pular em cima do cara, olha meu irmão, vamos sair na porrada aqui agora, tu vai aprender a ser homem, sabe, aí eu fico meio nervoso.

**Entrevistadora:** Então falta informação para as pessoas de como se transmite o HIV?

**PVHA homem UD 3:** Mas isso é difícil, as pessoas, ainda mais o brasileiro...

**PVHA homem UD 2:** A ignorância é um negócio...”.

Nas experiências de discriminação indireta entre os usuários do serviço de saúde, uma entrevistada revela que o lixo do restaurante no qual trabalhava era sempre revirado em busca de algum vestígio de sangue, pois manuseava facas:

**“PVHA mulher UD 6:** No trabalho não, no trabalho não, até porque em Ipanema não, mas no restaurante da Pavuna eu fui notando que eles, tipo assim, depois, acabava o meu horário de trabalho, eles iam olhar a cozinha e olhavam até dentro do lixo, pra ver se eu tinha escondido, assim, se eu me machuquei, não sei o que.

**Entrevistadora:** Para ver se tinha algum resquício de sangue?

**PVHA mulher UD 6:** Isso, dentro do lixo”.

A mesma entrevistada também revelou a experiência de uma boa relação de trabalho com outro empregador, existindo compreensão do mesmo, sem demonstração de qualquer preconceito em função de HIV/aids:

**“PVHA mulher UD 6:** Não, eu trabalhava como auxiliar de serviços gerais. Mas tipo assim, sempre fui muito curiosa, então lá era restaurante japonês, aí sempre olha, tal, *sushiman*, não sei o que, sempre pegando uma pontinha ali, eu falei pô, eu vou aprender, vou aprender, tal e aprendi. Aí ele falou assim, pô Cláudia, tu tá incomodada, quer falar alguma coisa? Ó, não tem aumento não (risos). Eu falei, poxa doutor Cássio, eu preciso falar com o senhor, vamos lá pro escritório? Ele: Quer ir embora? Eu falei: Vamos lá! Aí tá, foi eu, ele e a secretária dele, a Kátia, aí ele, pode falar, aí eu cocei a cabeça, pensei, vou perder o meu trabalho, eu vou falar porque, assim, ele me passou uma

confiança, entendeu, então eu achava, assim, se eu não contasse eu tava, assim, traindo a confiança que ele tinha em mim. Eu falei, pô doutor Cássio, eu sou bem soropositiva. Ele: O que? É, eu tenho bem aids. Ele: Olha, se você tem aids eu não quero saber, vamos trabalhar, entendeu, depois a gente conversa sobre isso, mas eu falei ‘é de verdade’, que tem aids o que, eu falei, não doutor, é sério, eu sou HIV, entendeu, eu sou soropositiva, faço tratamento. Ele: Tá bom Cláudia, tá bom, depois a gente conversa se você tem aids, se faz tratamento, tudo bem, não é por causa disso que você vai sair daqui, entendeu, se você tiver algum problema a gente conversa, se você tiver que ir ao médico você fala, mas você vai continuar aqui, você só vai sair daqui se você quiser [...] Aí foi nisso aí que eu continuei trabalhando, eu só saí do trabalho porque eu me sentia muito cansada, muito cansada, aí eu falei pra ele, falei, aí Cássio, me manda embora, eu tô muito cansada com essa falta de ar que eu tenho, aí ele falou, olha, você que quer ser mandada embora, mas eu vou mandar embora como se eu tivesse mandando você embora, eu vou te dar todos os seus direitos, entendeu. Aí ele me mandou embora, fui embora, aí depois de um ano liguei pra ele e falei, pô Cássio, tô precisando trabalhar de novo, então vem aqui no escritório pra gente conversar, ele me readmitiu, entendeu [...]”<sup>14</sup>.

Podemos perceber, por esse depoimento, que o empregador da entrevistada não a demitiu em função do HIV e quando ela pediu demissão, ele fez questão de mandá-la embora para que pudesse receber todos os seus “direitos”, como o resgate do FGTS, entre outros. Além disso, quando a entrevistada entrou em contato novamente com ele e disse que precisava trabalhar novamente, foi readmitida para a mesma função. Neste caso, o problema para a entrevistada não foi a discriminação, mas a falta de capacidade para o trabalho, em função do cansaço. Outro exemplo, da mesma entrevistada, que fala sobre os efeitos negativos dos antirretrovirais:

**“Entrevistadora:** E você tá sem trabalhar porque você tá sem a, você ajudava a sua filha a cuidar de crianças e você foi expulsa.

**PVHA mulher UD 6:** É.

**Entrevistadora:** Você não conseguiu se manter no restaurante. Então o remédio realmente prejudica a saúde, né?

**PVHA mulher UD 6:** O estômago, então, meu Deus do céu”.

Um ponto importante revelado pela entrevistada foi a sua preocupação em colocar outras pessoas em risco de contaminação, sobretudo por trabalhar com facas. Para tirar todas as dúvidas sobre as possíveis formas de transmissão do HIV, ela decidiu conversar com seu infectologista e perguntou sobre o contato do sangue com a comida:

**“PVHA mulher UD 6:** Como eu me interessei muito em aprender a cozinhar, cozinha japonesa, eu vim no meu médico, eu vim no meu médico, aí eu falei assim, poxa doutor, se caso eu me cortar fazendo aquelas comidas, tal, tal, aí

<sup>14</sup> Todos os nomes citados nesse trecho foram modificados.

ele me explicou, Cláudia, até o sangue bater lá, aqui não tem mais nada, a quentura da panela, aquelas coisas todas, eu falei, pô, mas eu tenho medo, eu mexo com muita coisa, corto peixe, faço várias coisas, ele falou, não, até se caso você se cortar até o sangue ir na comida, o vapor, mas eu fico com medo, vai que o patrão e a secretária que sabe tá chegando e eu me cortei, ele, não, não tem nada a ver, entendeu”.

Houve também depoimentos das PVHA ligadas ao Grupo Pela Vidda Niterói sobre a discriminação no trabalho, de forma direta e indireta. Contudo, os relatos foram mais detalhados no que tange à discriminação no trabalho e que culminaram em processos.

Inicialmente, o enfoque é na discriminação indireta daqueles que recorreram à Assessoria Jurídica da ONG. Um dos entrevistados revela que a discriminação indireta no trabalho afetou a sua progressão na carreira de piloto na aviação doméstica:

**“PVHA Homem ONG 1:** Não, teve mais gente que ficou sabendo e a minha profissão é o seguinte, minha profissão você tem turmas, são grupos, então quando você entrar, você tem a sua turma, são 10 pessoas, 15 pessoas, é antiguidade, então quando chega na época da sua turma ser promovida, é a sua turma que vai ser promovida.

**Entrevistadora:** Todo mundo da turma.

**PVHA Homem ONG 1:** Todo mundo da turma, quer dizer, vai prestar exame, vai fazer *check* voo, uma série de coisas para ser promovido. Então até preterido pra promoção eu fui por causa desse problema.

**Entrevistadora:** Isso foi logo depois do diagnóstico ou demorou um pouco pra acontecer?

**PVHA Homem ONG 1:** Praticamente logo depois.

**Entrevistadora:** Logo depois, então no começo da década de 90.

**PVHA Homem ONG 1:** Eu perdi várias turmas, foi aí quando nós entramos com a doutora [...] me ajudou e nós entramos com uma ação que nós tivemos êxito né, na ação que fizemos contra a União”.

Nesse caso, houve o impedimento da demissão por decisão judicial, ou seja, se não fosse por determinação da justiça, o entrevistado seria demitido:

**“Entrevistadora:** E como que você saiu da companhia onde você estava? Como é que foi essa...

**PVHA Homem ONG 1:** Até 2004, quando ela fechou.

**Entrevistadora:** Ah, ela fechou [...] Então você não foi demitido?

**PVHA Homem ONG 1:** Não por força judicial.

**Entrevistadora:** Porque você impediu que isso fosse...

**PVHA Homem ONG 1:** Exatamente, que isso ocorresse”.

A discriminação indireta apareceu, novamente, quando a empresa de aviação na qual o entrevistado trabalhava fechou. Para ele, seria impossível conseguir emprego na nova empresa criada pelo ex-diretor da companhia, especialmente por ser ele a mesma pessoa que impediu a sua progressão na profissão:

**“Entrevistadora:** E depois que você saiu, em 2004, que a empresa faliu, você tentou ser contratado em outra empresa?

**PVHA Homem ONG 1:** Não, as pessoas, acho que 99% do pessoal que voava na [...] foi tudo pra [...]. Inauguraram a [...], todo mundo que era da [...] foi voar na [...] e esse diretor de operações [...] foi ser vice-presidente da [...], foi ele que inaugurou, então a minha chance de ir pra [...] era zero, era zero, então eu nem tentei. O que que eu fiz, fui cuidar da minha vida”.

Outro exemplo de discriminação indireta foi de uma mulher que trabalha como agente de viagem em uma empresa de turismo. Primeiro, descobriu que estava com tuberculose, ficando muito debilitada e sendo afastada do trabalho por dois anos. Quando voltou, a empresa tinha mudado para uma outra sala no mesmo prédio, mas a colocaram em uma sala isolada e de frente para o banheiro. Ela decidiu enviar um e-mail para os diretores, contando sobre a sua sorologia, mas eles começaram a criar uma série de situações para que ela pedisse demissão:

**“Entrevistadora:** Mas eles ficaram sabendo que você teve tuberculose?

**PVHA Mulher ONG 2:** Souberam, eu avisei na hora mesmo porque você tem a obrigação de fazer uma notificação e eles tiveram que fazer o exame nos outros funcionários também, eles fizeram. Desde então, depois que eu voltei a trabalhar, com a história d’eu precisar ficar saindo para ir a médico, fazer exame e algumas pessoas começaram a me olhar, assim, torto né. Aí eu cheguei e falei pro dono da empresa e depois eu falei, mandei um e-mail falando pra diretora, porque ela começou.

**Entrevistadora:** Mas que você tinha HIV ou não? Você falou pra eles?

**PVHA Mulher ONG 2:** Falei pra eles. Daí então eu comecei a notar que eles começaram a me pressionar de várias formas possíveis, mandando eu fazer coisas que não eram da minha função, ligando pra minha casa tarde da noite, olha, tô indo pro aeroporto, troca meu voo, não me davam bom dia, boa tarde, boa noite, sabe. Fizeram uma série de coisas, pressionando, passavam por mim, não davam bom dia, entendeu, fazendo, criando um clima. Chamaram uma estagiária pra ficar do meu lado, querendo que eu ensinasse tudo o que eu sabia pra ela, sem me remunerar por isso e nesse meio tempo eu comecei a passar mal e entrei de licença médica. Tô de licença médica vai fazer dois anos, vai fazer agora em julho, ou seja, eles já estavam criando uma situação pra me mandar embora, provocando uma série de situações pra que eu pedisse a demissão, né, e, quer dizer, me jogando ali de escanteio”.

De acordo com o relato da entrevistada, o objetivo da empresa era o seu pedido de demissão, encobrindo a discriminação indireta. Ela tentou um diálogo com os empregadores, mas não obteve sucesso:

**“Entrevistadora:** E quando você, como você reagiu quando eles começaram a te pedir coisas que não eram da sua alçada e você percebeu que eles começaram a te pressionar para você sair da empresa?

**PVHA Mulher ONG 2:** Eu comecei a tentar fazer, a princípio, tudo que eles me pediam, só que eu entrei num limite que eu não conseguia mais e daí eu comecei a ficar doente, fui ficando doente, ficando doente até que eu pedi licença médica, o médico perito me botou de licença médica.

**Entrevistadora:** Você tentou conversar com eles sobre o que estava acontecendo, sobre...

**PVHA Mulher ONG 2:** Tentei, tentei, simplesmente eles não conversavam comigo, [eles] me ignoravam, não me davam respostas pra nada, só queriam me cobrar”.

A partir da discriminação indireta, como de outros fatores relacionados a HIV/aids, a entrevistada desenvolveu a síndrome do pânico<sup>15</sup> e a depressão. As ameaças veladas e determinadas “piadinhas” dos empregadores também contribuiriam para o quadro. Além disso, ela também sofria assédio sexual do filho de um dos diretores da empresa:

**“PVHA Mulher ONG 2:** [...] E foi tanta pressão, tanta situação que só foi piorando o meu estado, tanto emocional, eu cheguei a ter crise de, como é que o médico fala, tô me tratando com psiquiatra, com psicólogo...

**Entrevistadora:** Ansiedade?

**PVHA Mulher ONG 2:** Crise de ausência, tive ausência, síndrome do pânico, eu acordo às vezes no meio da noite chorando, depressão. Ontem mesmo tive um desmaio, coisas assim, que eu nunca tive, comecei a ter depois, é tipo assim, as pseudo ameaças, sabe, aquelas piadinhas. Um dos filhos do dono, antes dele saber, ele tentou, como ele já tentou com outras meninas lá, me puxou pelo cabelo, quis me dar um beijo, forçou, forçava certas coisas assim, sabe, dentro da empresa e eu falei comigo, não, você fica na sua e depois eu descobri que ele foi, teve dois ou três processos contra ele de empregadas dele de casa por assédio sexual também, entendeu. Eu não, depois que eu joguei ele pra escanteio, botei, não, não, aí ele nunca mais tentou, entendeu, ele parou e não foi mais, mas eu mandei um e-mail direcionado tanto pro [...] como para as outras diretoras, relatando o meu problema, o que eu tinha e que eu precisava da compreensão deles pra que eles entendessem que eu não estava pedindo ali pra, ia pra médico ou pra tudo [...].

**Entrevistadora:** E você teve resposta a esse e-mail? Alguém te respondeu?

---

<sup>15</sup> Segundo Salum et al.: “O transtorno do pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes, que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso, acompanhada de sintomas físicos e cognitivos e que se iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos” (2009, p. 86).

**PVHA Mulher ONG 2:** Não, ninguém me respondeu”.

Depois da pressão para que ela pedisse demissão e de ter desenvolvido a síndrome do pânico, a entrevistada falou sobre o seu receio em voltar para o mesmo trabalho: “[...] é uma coisa que eu tenho pavor só de pensar em voltar” (PVHA Mulher ONG 2). O medo em voltar para o posto de trabalho revela a falta de condições psicológicas da entrevistada para o retorno ao trabalho, podendo provocar o seu pedido de demissão.

A entrevistada exemplifica a discriminação indireta como “sutil”, sem a utilização de termos pejorativos e sendo uma forma de coerção para uma possível demissão. Esse tipo de discriminação foi efetivado, para a entrevistada, com a intenção de não produzir provas, para um possível processo de discriminação. Segundo o seu relato:

**“Entrevistadora:** Então você foi constrangida, mas, em nenhum momento, eles falaram alguma coisa, termos pejorativos, pra falar com você?

**PVHA Mulher ONG 2:** Não.

**Entrevistadora:** Nenhum termo discriminatório?

**PVHA Mulher ONG 2:** Não oficialmente, era tudo muito sutil pra, justamente, não haver prova. Eles fazem isso, eles coagem e fazem de tudo pra você se sentir mal e você pedir demissão. Eles queriam, o objetivo que eu senti deles era que eu pedisse demissão pelo jeito que eles estavam...”.

A entrevistada afirma que houve falta de diálogo, apesar de trabalhar há 23 anos na mesma empresa, e a mudança na diretoria contribuiu para que uma conversa não fosse estabelecida. Dessa forma, a postura dos diretores a deixou abalada:

**“Entrevistadora:** E você tinha pensado nisso, de pedir demissão?

**PVHA Mulher ONG 2:** Eu não, em hora nenhuma eu pensei, eu pensava o tempo todo que eu poderia conversar e negociar isso com eles pra ver o que estava acontecendo. De cara, eu pensei, não é possível, eles, eu tô a... eu trabalhava lá há 23 anos.

**Entrevistadora:** Muito tempo.

**PVHA Mulher ONG 2:** Então porque, aí mudou diretor, mudou tudo depois que eu comecei a trabalhar lá, entendeu, então o grupo mudou muito e o perfil da empresa foi mudando. Então eu deixei de... gente, por que isso? Sabe, depois que eu falei, o que que está acontecendo? Por que eles estão fazendo isso comigo?”.

Outro dado importante relatado pela entrevistada foi a queda da renda após o diagnóstico do HIV. Ela parou de pagar seu plano de previdência privada e de saúde, saindo de uma renda familiar de R\$ 20.000 por mês para R\$ 4.500:



**“PVHA Mulher ONG 2:** Eu penso, por enquanto eu tô até com a ação agora com a doutora [...] porque eu não tô conseguindo, eu pagava até plano de previdência privada, mas eu tive que parar de pagar, tive que tirar o dinheiro todo, eu pagava. Tudo isso, todo esse estresse no meu trabalho gerou toda uma perda de renda muito grande pra mim e às vezes eu consigo trabalhar de casa, eu ajudo o meu marido, eu tô fazendo como se fosse uma espécie de *freelance* em casa né, coisa do tipo mandar e-mail, tudo, ajudando ele de uma forma não constante, porque eu não consigo mais fazer”.

A mesma entrevistada relata que a discriminação abalou o seu “prazer de trabalhar”, afetando a sua autoestima e causando uma perda de identidade, relacionada ao afastamento do emprego e ao papel de mãe. Com isso, o sentimento era de não existência:

**“PVHA Mulher ONG 2:** Sim, tipo, antes eu ficava trabalhando o dia inteiro no computador ligado, online ligado, hoje não consigo mais, entendeu, mesmo até a síndrome do pânico, quando eu vejo um computador, às vezes na minha frente, eu fico até meio que, eu faço, entro rapidinho, mexo o que eu tenho que fazer e paro. Eles conseguiram me tirar o prazer de trabalhar. Foi uma coisa que forçaram tanto, que eu tinha um prazer tão grande, era uma felicidade e eu perdi a minha identidade, depois disso tudo eu senti que eu fui perdendo a identidade, eu deixei de ser eu, eu deixei de ser a mãe, eu deixei de ser a dona de casa, deixei de ser a mulher que trabalhava. Eu deixei, eu fui, eu me, é como se eu não existisse mais, eu me anulei totalmente, não que eu quisesse, mas eu senti o que que aconteceu comigo assim, tudo isso depois das pressões que eles começaram a fazer e eu fui ficando triste, porque o meu trabalho nunca foi esse, eu nunca fui, eu não tinha que fazer nada daquilo que eles tinham mandado eu fazer, então eu comecei a me sentir frustrada comigo [...]”.

Outro entrevistado ligado ao Grupo Pela Vidda Niterói também experimentou a discriminação no trabalho, tanto direta como indireta. No que tange à forma direta, a discriminação ocorreu quando o diagnóstico soropositivo foi revelado para os seus superiores da Aeronáutica. Um fato que contribuiu para essa discriminação foram os rumores sobre a sua saúde que circularam no seu local de trabalho. Para evitar a revelação do diagnóstico para outras pessoas dentro do serviço de saúde do quartel, o entrevistado aceitou trabalhar em períodos de 24 horas e, com isso, sua saúde começou a ficar debilitada. No primeiro esquema de tratamento, ele emagreceu 23 quilos e os colegas de trabalho começaram a perguntar o que estava acontecendo com ele:

**“PVHA Homem ONG 3:** O que que você tem, o que que está acontecendo com você, eu falei, eu não sei, sei lá, eu inventava uma desculpa, dizia que era uma pneumonia, uma virose, só que foi ficando mais sério o quadro, até que eu tive a minha primeira internação com pneumonia e aí quando eu saí começou a ter o burburinho, já dentro do trabalho, e eu não estava aguentando mais porque eu tirava muito serviço 24 horas e todo o serviço 24 horas que eu ficava no quartel, que eu saía do quartel, eu saía meio baqueado, saía meio doente. Que imagina você, HIV positivo, sua imunidade baixíssima, que nem era a minha, não tão baixa quanto outras pessoas que chegam a 100, 50, a

minha era 300 e pouco, era baixa, e você tirar serviço de 24 horas, ficar no relento, exposto a chuva, a sol, o que for, quando você saía, você saía destruído de cansado, uma porque não dorme direito, outra fica submissa a qualquer ordem do quartel, né, e outra porque ficava exposto a esses ambientes como eu te falei. E aí começou a me cansar aquilo, eu falei, eu não tenho necessidade disso, eu tô ficando mais doente, eu vou pedir pra ir embora do quartel e eu já tinha engajado, reengajado”.

Ele esperou ser “engajado”, período no qual o soldado pode ficar por mais dois anos nas Forças Armadas, para fazer o teste de HIV. Contudo, a pressão que sentia, em ser HIV positivo e não poder contar sobre as suas dificuldades de saúde, era tamanha, que estava decidido em se desligar da Aeronáutica. Ele optou por abrir a sua sorologia para uma Tenente, superior em que confiava, para falar sobre a sua situação de trabalho, aconselhado pela psicóloga do quartel. Na verdade, ele queria “pedir baixa” do serviço militar, ou seja, desvincular-se, em função das condições de trabalho:

**“PVHA Homem ONG 3:** [...] Eu não preciso disso, eu sei que tenho potencial pra arrumar até emprego melhor, ela falou, não, amanhã faz o seguinte, a gente vai lá no posto médico e você fala pra médica do posto médico. E isso eu já tinha essas doenças que eu te falei, né, que acabaram aparecendo, eu já tinha ficado internado 10 dias com pneumonia e aí quando eu cheguei no posto médico com essa convicção de pedir baixa, se eles não me dessem nenhum benefício, pelo menos pra ter uma qualidade de vida melhor, eu encontrei a médica que me internou no hospital, então, quer dizer, foi bem mais fácil [...] Então ela viu como eu cheguei no hospital, quando eu falei pra ela, olha, eu tô tirando, com essa história toda que eu contei, ela falou nossa, não, vamos fazer o seguinte, eu vou falar com o coronel fulano [...], eu não sei na época o nome do Coronel, vou falar com ele e vamos ver o que ele pode fazer, se ele pode tirar pelo menos as escalas de serviço, você trabalha só administrativamente. Eu falei não, ótimo, beleza, ‘então já acalmou o seu coração um pouco’, eu falei, não, agora sim, se for assim, eu prefiro, eu quero ficar aqui. Era o meu sonho, a Aeronáutica era o meu sonho, eu sempre fui apaixonado por aviões, desde criança, e era o meu sonho aquilo dali. E aí quando ela falou, olha, amanhã você me procura, vai para o teu trabalho, vai viver a tua vida normal”.

Após a promessa em trabalhar administrativamente, o entrevistado reconsiderou o seu desligamento da Aeronáutica, sobretudo porque era o seu sonho trabalhar nas Forças Armadas. Ele percebia que outros soldados conseguiam licenças por problemas “corriqueiros” de saúde, mas, ao mesmo tempo, não sabia como encaminhar o seu desejo em trabalhar administrativamente, para preservar a saúde. Para isso, teve que seguir o protocolo da Aeronáutica e passar por uma avaliação médica no Centro de Medicina Aeroespacial (CEMAL):

**“Entrevistadora:** Então, teoricamente, você não queria se aposentar, você queria continuar trabalhando.

**PVHA Homem ONG 3:** Trabalhando, sim, sim, só que eu não queria mais

tirar serviço 24 horas, porque eu via garotos lá machucar uma unha do dedão do pé e pedir uma dispensa e eram afastados da escala de serviço por 10, 20, 30 dias, e eu com uma situação gravíssima não era afastado, tinha que ficar trabalhando. E eu ia dizer o que para as pessoas? Eu ia me expor pra falar, gente, eu tenho HIV, eu não posso tirar serviço. Que eles perguntam, né, tem alguma coisa psicológica que impeça você a tirar o serviço agora? Eu ia falar, tem. Tem o quê? Era uma situação totalmente constrangedora e fora que as pessoas já estavam já desconfiando por causa da minha fisionomia na época, né, e, pois bem, fui pro quartel, no outro dia me ligaram lá do, porque esse posto médico é dentro da unidade, falaram assim, olha, a Tenente A., outra oficial, mandou você ir lá no hospital, lá no posto médico, eu falei, Tenente A., mas eu falei acho com a Tenente M. na época, mas eu falei com a Doutora M. Ah, mas a Doutora M. não está hoje, a Tenente A. que vai falar, aí a Doutora M. já falou pra Tenente A., só que entre os médicos eu acho que não tem problema nenhum né, que fique entre eles...

**Entrevistadora:** É o sigilo, né.

**PVHA Homem ONG 3:** É, é, pela ética deles. E aí eu falei, pô, Tenente A. era conhecida como super chata, caxias pra cacete, fofoqueira e preguiçosa, que não gostava de soldado. Eu falei, meu Deus, o que que essa mulher tá me chamando. Será que ela vai me dar esporro de alguma coisa? Nunca imaginei que era pela situação. E aí fui lá, quando eu cheguei, ela veio com maior sorriso no rosto, veio me tratando como se fosse um bebê, como se eu tivesse descoberto o diagnóstico naquele momento, eu falei pra ela, não tô, não descobri o meu diagnóstico hoje, inclusive eu já fazia o trabalho com a Rede de Jovens nessa época, apenas só estou cansado desses motivos que a Tenente M. falou com a senhora. Não, mas eu não posso te tirar da escala de serviço com o Coronel assim, porque não pode ser uma coisa de boca, a gente vai ter que fazer um documento pedindo um encaminhamento seu pra perícia do CEMAL, que é o Centro de Medicina Aeroespacial da Aeronáutica, que é como se fosse o nosso, o INSS da iniciativa privada é o CEMAL, todo o aeronauta tem que fazer exame no CEMAL, pra ver se eles vão te afastar”.

Após passar pela avaliação do CEMAL, a PVHA conseguiu trabalhar na Aeronáutica administrativamente e nunca mais trabalhou em escala de 24 horas: “Administrativamente porque ainda tem esse parecer do CEMAL que diz que eu tenho que ser afastado da escala de serviço. Porque se não tivesse, eles iriam me tratar da maneira como eu entrei há 7 anos [...]” (PVHA Homem ONG 3). Mesmo assim, o soropositivo não teve o emprego garantido.

O entrevistado considera que o maior preconceito que passou na Aeronáutica foi a sua demissão, em 2013, que foi motivada pela sua reprovação em três provas internas, sendo que, na primeira, ele estava impossibilitado de fazê-la, porque foi internado. Mesmo estudando arduamente e chegando a dar aula de matemática para os seus amigos, a pressão psicológica foi tamanha que prejudicou o seu desempenho nas provas. O problema é que, segundo o estatuto das Forças Armadas, ele tinha que ser reformado logo após o diagnóstico de HIV, em 2010, mas não é um processo automático. Além disso, ele tinha vontade em continuar trabalhando na

Aeronáutica:

**“PVHA Homem ONG 3:** [...] E o maior preconceito foi quando me mandaram embora, né, porque se o estatuto dos militares diz que tem que ser reformado, tinha que ser reformado no dia 15 de abril de 2010; mas não, me mantiveram lá dentro.

**Entrevistadora:** Ah, então por que não te reformaram quando descobriu...

**PVHA Homem ONG 3:** Quando eu fiz, ainda tinha, lá dentro, eu tinha direito a fazer três provas anuais que me garantiam mais dois anos e uma graduação maior, por exemplo, se eu passasse na primeira prova, que seria em 2000 e, em 2010, eu não fiz a primeira prova porque eu fiquei doente, internado, então não tinha como fazer. Em 2011, eu teria uma chance de fazer a prova de S1, que é Soldado de Primeira Classe, é um soldado especializado e o salário aumenta em R\$400, uma coisa assim, e daria direito a 2 anos e me daria possibilidade de fazer mais uma prova, que iria a Cabo e se eu fizesse a prova de Cabo e passasse, eu ganharia não sei quantos percentuais o salário e mais 2 anos, formando oito, e no final eu ficaria, teria a chance de concorrer entre os Cabos da Aeronáutica a virar Sargento, seria uma continuidade de carreira. Como eu não fiz a primeira prova, na segunda eu fiquei com aquela coisa na cabeça de ter que passar, porque se não eu teria que entrar com uma ação judicial, quando eu saísse da Aeronáutica. E como é que eu iria entrar com uma ação se eu não tinha um real no bolso? Eu ganhava muito mal, tinha empréstimo, eu tava com a cabeça toda virada naquela época. E aí fiz a segunda prova, cheguei perto, mas não passei; e na terceira, foi pior porque na terceira eu fiquei com uma pressão psicológica que tem que passar muito maior, mas engraçado que eu estudava no trabalho, aproveitava os momentos pra estudar, fazia cursinho, fazia explicadora, ainda dava aula de matemática para uns colegas e eu mesmo não passei. E aí, quando foi em fevereiro de 2013, eles me mandaram embora, março de 2013”.

Após sua demissão, em 2013, ele entrou com um processo contra a Aeronáutica e conseguiu a reintegração ao posto de trabalho, mas sofreu discriminação indireta por não poder progredir na carreira militar, ficando estagnado. Ele possui o desejo de ser afastado de todos os serviços da Aeronáutica e, para isso, conseguiu diversos laudos e que não foram considerados pelo CEMAL:

**“Entrevistadora:** Mas, hoje em dia, você conseguiu reintegração em 2013, mas você não conseguiu progressão?

**PVHA Homem ONG 3:** Não consegui progressão, não posso fazer prova, não posso ser indicado, não posso nada, sou tratado como se fosse um soldado normal, aparentemente, claro, se eu sou um soldado, não posso, eles têm que me tratar dessa forma, não posso subir de patente.

**Entrevistadora:** Por esse processo?

**PVHA Homem ONG 3:** Por causa do processo e aí a minha vida parou, são 3 anos da minha vida parada, não posso fazer nada, além do que aquela vida de cumprir as obrigações militares e se eu não tiver laudos médicos dizendo que eu não posso tirar serviço 24 horas, eles vão me botar na escala, como já

me botaram. Por diversas vezes, eles estão pouco se importando se você tem HIV, se você não tem, inclusive os médicos da Aeronáutica, os da perícia do CEMAL. Eu já estou com 5 laudos, inclusive é o que eu te falei, eu tenho que ir lá agora pra tentar, ver se eu consigo, pelo menos, ser afastado dos serviços, agora, totais da Aeronáutica, pra poder viver a minha vida pouco e aguardar o meu processo fora, pelo menos alguns meses, mas mesmo assim os médicos me dão laudos dizendo que eu não posso trabalhar por uma série de coisas, eles me mantêm trabalhando”.

O entrevistado indicou que outras PVHA que estão integradas no mesmo quartel conseguiram progredir até Cabo, mas, além disso, a progressão se torna impossível pelo teste compulsório de HIV, como na seleção para Sargento, além de passarem por uma avaliação no CEMAL. Todos os soropositivos conhecidos do entrevistado estão tentando a reforma na Aeronáutica, por meio de processos judiciais e motivados, sobretudo, pela impossibilidade de progressão na carreira militar. Mesmo não passando nas provas, o soropositivo entrevistado revelou que seus superiores diziam que ele nunca conseguiria progredir, porque o diagnóstico de HIV está no seu prontuário médico, sendo um fator decisivo para a aprovação.

Outro fator que influenciou a decisão do entrevistado em lutar pela reforma foi a discriminação direta ao longo dos anos. Um exemplo relatado por ele foi a dispensa da educação física, principalmente pelo medo de ele contaminar outras pessoas, em caso de acidente. Ele lembrou que é uma pessoa com acesso à informação e ligado ao movimento social de aids e, mesmo assim, passa por diversos constrangimentos, o que leva o entrevistado a pensar naqueles que não possuem nenhum apoio ou conhecimento sobre os seus direitos:

**“Entrevistadora:** E essas outras pessoas que tem HIV, que as pessoas não sabem, e continuam lá? Elas conseguem progredir lá dentro?

**PVHA Homem ONG 3:** Olha, todos que eu conheço, que tem HIV dentro do quartel, tão com processo judicial. Eu não conheço nenhum, assim que, entendeu.

**Entrevistadora:** Mas o processo para reforma?

**PVHA Homem ONG 3:** Teve um amigo, inclusive um agora conseguiu, entrou com o mesmo advogado que o meu, só que o dele caiu numa vara recursal que foi mais rápida, conseguiu. Vai ser reformado daqui [a] alguns dias, eu ainda estou aguardando, o outro que eu conheci, quer dizer, dois que eu conheci tão aguardando ainda na justiça, mas eles fizeram as provas e puderam passar porque, mesmo assim, o quartel dizia pra mim, mesmo que você passe, você não vai conseguir, que você tem uma doença, vai relatar na sua ficha que você não vai poder entrar por causa dessa doença, eles ainda me diziam isso, quer dizer, me desmotivava.

**Entrevistadora:** Mas essas pessoas conseguiram e conseguiram progressão?

**PVHA Homem ONG 3:** Esses meus outros amigos conseguiram, até Cabo,

mais do que isso não passaram não porque...

**Entrevistadora:** Então você acha que tem esse limite?

**PVHA Homem ONG 3:** Tem, tem. Eles tiveram a sorte de chegar até Cabo.

**Entrevistadora:** Mais do que isso...

**PVHA Homem ONG 3:** Mais do que isso não porque o tempo deles acabou, entendeu, não conseguiram passar pra Sargento e ficaram estagnados no quartel.

**Entrevistadora:** Entendi, mas eles poderiam passar?

**PVHA Homem ONG 3:** Poderiam passar, poderiam passar.

**Entrevistadora:** Mesmo tendo HIV?

**PVHA Homem ONG 3:** Possivelmente. Eu, talvez, eu acho, eu não sei porque, tipo, pra ir a Sargento é totalmente diferente, né. Você vai pra uma escola, você não vai ser formado naquele local que você tá e aí um dos requisitos da prova pra Sargento é fazer o teste de HIV compulsoriamente.

**Entrevistadora:** E aí não tem jeito.

**PVHA Homem ONG 3:** Não tem jeito.

**Entrevistadora:** E aí se faz o teste...

**PVHA Homem ONG 3:** Porque Cabo, pra esse um ir a Cabo, é dentro do quartel mesmo, aquilo ali é mais fácil, uma coisa a nível mais baixo. Se é pra Sargento, já é uma coisa bem maior, aí eles têm que ir pro CEMAL, que é esse canto que faz perícia. Lá no CEMAL, eles vão dar toco, não vai deixar o cara entrar, como fazem comigo, entendeu. Já chegou ao ponto de falarem pra mim, não vamos botar você pra fazer educação física porque o nosso medo é você se machucar e outra pessoa for fazer alguma coisa com você e se contaminar. Aí você acha que se eu juntar tudo isso, todas essas coisinhas bobas que vão falando, isso mexe com a cabeça da gente que tem HIV. Eu fico imaginando, eu que sou um cara que tenho informação, sou um cara que venho de construção de movimento social há quase 5 anos e pouco, e mexe comigo. Imagina uma pessoa que não sabe de nada?”.

Outra forma de discriminação direta dentro do quartel foi culpabilizar o entrevistado pela infecção do HIV, culpa vinculada a sua opção sexual. Além disso, ele sofre, igualmente, de julgamentos de evangélicos, que acreditam que a religião pode curá-lo. Este acúmulo de discriminações levou ao seu sentimento de “ódio” pelo quartel e, por isso, queria a reforma a qualquer custo:

**“PVHA Homem ONG 3:** [...] É horrível, eu fiquei apavorado quando eu escutei palavras como essa, você tá com esse HIV porque você deu o seu cu.

**Entrevistadora:** Como se você fosse o culpado.

**PVHA Homem ONG 3:** Cara, primeiro que isso não é um modo agradável de se ouvir uma palavra de um ato sexual, totalmente constrangedor, e outro, me culpam por uma prática sexual que é totalmente particular a mim e me culpam, ainda, por ter HIV, como se fosse uma coisa de outro mundo.

**Entrevistadora:** Mas na história da aids tem muito isso, né, tem muito de culpabilizar o outro.

**PVHA Homem ONG 3:** E teve muito oficial que ficou me repreendendo por diversas vezes por causa do HIV, fora a bancada evangélica de pessoas que ficam te dando lição de moral, de dizer que Jesus vai te curar, que por causa das suas práticas você tá fazendo isso, te crucificando todo dia, porque lá dentro tem muito. Foram muitas situações desagradáveis, hoje em dia eu tenho ódio daquele lugar. Eu vou trabalhar porque eu tenho que tornar o meu dia agradável, porque eu sou obrigado, porque se fosse pra falar assim, Carlos, se você pudesse escolher entre ser reformado e receber uma bolada e ter a sua liberdade, sem receber nada, eu preferia a liberdade, porque eu acho que ninguém merece trabalhar num canto que não gosta e merece ficar ouvindo coisas desagradáveis”.

#### 5.2.1.1 Reinserção das PVHA no mercado de trabalho

Os entrevistados da unidade de saúde chamaram a atenção para a dificuldade da reinserção no mercado de trabalho. Entre os relatos, há aqueles que trabalham informalmente e outros que, após perderem o emprego, acreditam que, por terem HIV/aids, foram recusados nos processos seletivos, pelo exame de sangue realizado na admissão:

**“PVHA homem UD 3:** Não, porque quando eu soube da doença, eu já não trabalhava mais com carteira assinada. Eu não consigo mais emprego, mas eu não trabalhava de carteira assinada.

**Entrevistadora:** Já tentou?

**PVHA homem UD 3:** Já tentei várias vezes.

**Entrevistadora:** E não conseguiu?

**PVHA homem UD 3:** Não consegui.

**Entrevistadora:** Mas você acha que é em função do HIV?

**PVHA homem UD 3:** Eu acho não, eu tenho certeza. Isso aí não tem pra onde correr, isso aí não tem pra onde correr.

**PVHA mulher UD 6:** Sempre faz exame de sangue”.

A questão do exame de sangue admissional no processo seletivo foi enfatizada no grupo focal na unidade de saúde. Para os entrevistados, as empresas realizam o exame de HIV e esse

pensamento está ligado, sobretudo, à falta de contato com os candidatos após a realização do exame de sangue, ou mesmo quando as empresas pedem para que os candidatos refaçam os testes no posto de saúde. Com isso, os entrevistados acreditam que essa ausência de comunicação está relacionada com a descoberta do HIV após a realização dos exames admissionais:

**“PVHA homem UD 2:** Com certeza.

[Muitas pessoas dizendo que as empresas fazem o exame de HIV].

**PVHA mulher UD 4:** Eu fiz inscrição numa empresa, sou promotora de vendas numa empresa, eu fiz todos os exames, psicotécnico e tudo, quando chegou no exame de sangue, eles falaram pra mim que eu tinha que renovar o meu exame de sangue, pra ir no posto pegar outro papel. Eles pensaram que eu sou burra.

**PVHA mulher UD 6:** Eles descobriram que era soropositivo, não vai contratar”.

**“Entrevistadora:** Mas você não me contou porque você também tentou passar por um processo seletivo para ser trocadora de ônibus.

**PVHA mulher UD 4:** Foi, a Lílian tinha 2 anos, eu queria sair da barraca, entendeu, queria arrumar uma, primeiro um emprego pra poder pagar o meu aluguel, sair de lá porque lá não era meu, era casa dos outros, casa de família e não consegui. Aí na hora d’eu fazer o exame, eu fiz todos os exames, foi que chegou na hora do exame admissional pra cobradora porque naquela época tava dando, não sei hoje, tava dando emprego mesmo sem experiência, né, até os 45 anos, naquela época eu tinha quarenta e eu tinha essa idade. Hoje eu estou com 57, aí o que acontece, eu senti que na hora que eu passei nas provas e tudo, quando chegou no exame de sangue que eles falaram pra mim que eu tinha que voltar, que nem ele estava falando, que você tinha acabado de falar, no exame de sangue eles mandaram eu retornar no posto do SUS pra fazer o exame. Aí eu fui embora pra casa, aí continuei na barraca lá em Caxias, aí hoje em dia eu tô aqui no Centro e tô morando aqui.

**PVHA homem UD 5:** É, tem que ser isso mesmo, tem que trabalhar por conta própria, porque eles fazem exames sim. Já tem duas vezes que eu faço também, que eu me inscrevi também e eles não falam o motivo”.

Já outro entrevistado (PVHA homem UD 5) argumentou que não consegue a reinserção no mercado de trabalho porque as empresas podem consultar os seus dados, através do CPF, no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e, dessa forma, investigar o motivo pelo qual retirou o Fundo de Garantia (FGTS). Contudo, segundo o Ativista 1, especialista em INSS, isso seria impossível, sendo permitido às empresas consultar apenas se o candidato já retirou o FGTS, mas sem saber o motivo. Segundo o soropositivo, após passar pelo processo seletivo, a empresa prometeu entrar em contato, o que nunca ocorreu:



**“Entrevistadora:** Mas a firma não ficou sabendo?

**PVHA homem UD 5:** Não, a firma não, nem assim a firma ficou sabendo.

**Entrevistadora:** E por que você saiu?

**PVHA homem UD 5:** Porque foi à falência. A empresa foi à falência.

**Entrevistadora:** E depois você tentou se inserir no mercado de trabalho?

**PVHA homem UD 5:** Isso, só que a empresa que eu trabalhei ela chamou uma porção de gente pra voltar. No meu caso, eu não fui chamado também, de repente foi por esse motivo e que eu coloquei na justiça, entendeu, porque uma outra empresa convidou aqueles funcionários antigos pra trabalhar, tanto que tem colega meu que tá trabalhando nessa empresa, foi enviada lá pra São Paulo pra poder trabalhar nessa outra empresa.

**Entrevistadora:** E aí você tentou passar por processo seletivo...

**PVHA homem UD 5:** Isso, não consegui.

**Entrevistadora:** E por que que você acha que não conseguiu?

**PVHA homem UD 5:** Eu acredito que por esse motivo, aí veem o nosso CPF né, eles veem por ali, a documentação tem, né”.

**“Entrevistadora:** Mas aí eles procuraram alguma coisa no seu CPF?

**PVHA homem UD 5:** Eu acredito que sim.

**Entrevistadora:** E como é que foi?

**PVHA homem UD 5:** Não, não consegui.

**Entrevistadora:** Aí falaram o que pra você?

**PVHA homem UD 5:** Não, o que eles falam é pra ficar aguardando. E eu tô aguardando até hoje (risos)”.

Esse entrevistado também abordou a possibilidade da não contratação em função do processo contra a firma onde trabalhava anteriormente, que foi à falência. No mercado de trabalho, muitas pessoas que passaram por demissões arbitrárias abrem ações trabalhistas para serem indenizadas, mas muitos desistem dos processos com receio das ações atrapalharem suas futuras contratações.

Por outro lado, há pessoas com tamanho comprometimento psicológico que preferem permanecer afastadas do mercado de trabalho. Como exemplo, vemos o depoimento de uma PVHA ligada ao Grupo Pela Vidda Niterói que, no momento, está afastada por licença médica. Ela expressa o desejo de não voltar para o mesmo emprego, mas também não aceitaria uma

nova colocação em função da síndrome do pânico, causando uma série de inconveniências no seu dia a dia:

**“Entrevistadora:** Deixa eu te perguntar uma coisa, se uma pessoa te oferecesse um emprego em uma outra agência de turismo, você aceitaria?

**PVHA Mulher ONG 2:** Agora, nesse exato momento, eu não tenho condição de aceitar por causa dos tratamentos que eu tô fazendo.

**Entrevistadora:** E no futuro?

**PVHA Mulher ONG 2:** Se Deus quiser, Deus quiser que eu digo, assim, se eu conseguir voltar com a mesma vitalidade que eu tinha antes sim, porque tem dia que eu consigo, como hoje, por exemplo, agora eu tô bem, tem horas que, de repente, eu fico trancada dois, três dias, dentro do quarto sem sair.

**Entrevistadora:** Aí é a síndrome do pânico, né? Entendi.

**PVHA Mulher ONG 2:** E várias situações muito fortes, assim, tipo, tava um dia com uma amiga minha, vamos embora, vamos embora, vamos embora, o que que houve, eu quero ir embora pra casa, comecei a chorar e fui pra casa”.

#### 5.2.1.2 A discriminação dos colegas de trabalho

Outra forma de discriminação apontada pelas PVHA, tanto da unidade de saúde quanto da ONG, foi em relação aos colegas de trabalho. Quase todos os entrevistados guardaram segredo sobre o diagnóstico no ambiente de trabalho, mas outros não se importaram em revelar a sorologia quando questionados:

**“PVHA mulher UD 1:** Algumas colegas, assim, amigas né, eu falei, mas aí lá já era assim porque eu já sabia dos meus direitos e tal, então me discriminavam um pouquinho, mas quando eu me colocava na minha posição, não podiam falar nada. O que que você vai fazer? Se quiser ficar junto de mim, fica, se não quiser, minha filha, sai fora, pronto”.

Ter consciência sobre os seus direitos foi uma forma de empoderamento da entrevistada, ou seja, para aqueles que não queriam ficar ao seu lado, ela deixava clara a sua posição e seus direitos adquiridos, não se importando quando alguém se afastava dela em função de HIV/aids.

Um dos entrevistados informou que seus colegas de trabalho insinuavam que a transmissão do vírus poderia ocorrer somente por trabalhar com uma pessoa HIV positiva. Além disso, as mesmas pessoas associavam a infecção pelo HIV ao afastamento de parceiras sexuais para o entrevistado:

**“Entrevistadora:** Tá, então você também sofreu uma discriminação direta porque pessoas que trabalhavam com você também falaram coisas discriminatórias sobre você ser HIV positivo?

**PVHA Homem ONG 1:** Com certeza absoluta.

**Entrevistadora:** Você lembra as palavras que eles usavam?

**PVHA Homem ONG 1:** Chegaram a usar, um deles chegou a usar que na minha equipe, nos meus pilotos, não vai ter ninguém, não pode ter ninguém infectado, não pode ter ninguém costa quente [...] aqui a gente não aceita.

**Entrevistadora:** Então pra eles, assim, todo mundo que estava trabalhando com você, seja comissário de bordo...

**PVHA Homem ONG 1:** Principalmente, falando em várias vaidades (risos).

**Entrevistadora:** Iam ser infectados só porque estavam com você, respirando o mesmo ar.

**PVHA Homem ONG 1:** Que eu não ia pegar mais nenhuma menina, que as meninas já iam ficar sabendo, que não sei o que. Isso e outros quetais (risos). Nenhuma mulher mais vai querer sair com você”.

O medo em contar sobre o HIV em função dos preconceitos existentes na sociedade brasileira aparece no relato de uma entrevistada. Ela não foi bem acolhida ao contar para os filhos sobre a sua sorologia e imagina que essa discriminação pode surgir, principalmente, em empregos com contato direto com o público, como o dela:

“**PVHA Mulher ONG 2:** Claro, eu sou uma pessoa que trabalha com o público, eu tenho, eu sou agente de viagem e preconceito existe e muito grande, eu escuto dentro da minha casa, eu escuto coisas que eu nunca ensinei para os meus filhos a terem esse tipo de discriminação contra algumas pessoas, ou A ou B, se é negro ou se não é, e eu vejo diariamente, escuto. As pessoas fingem que não tem preconceito, elas querem ser politicamente corretas o tempo todo”.

Além disso, quando adoeceu, a entrevistada percebeu que seus colegas de trabalho sempre perguntavam para onde estava indo, quando saía para as consultas médicas em função do HIV, mas o seu diagnóstico nunca foi revelado para eles:

“**PVHA Mulher ONG 2:** Alguns colegas comentavam, mas porque você precisa sair tanto pro médico, aí eu falava, ah, por causa da tuberculose, eu tenho que fazer controle e tal, ainda dava desculpa da tuberculose, né.

**Entrevistadora:** É, até que.

**PVHA Mulher ONG 2:** É, mas não tanto, a tuberculose, eu teria que ir uma vez no médico, por exemplo.

**Entrevistadora:** Por mês?

**PVHA Mulher ONG 2:** É, mas na doutora Cristiane não, eu tinha que ir, às vezes, de mês em mês. Depois eu tinha que fazer exame e não era só a doutora Cristiane, eu tinha que ir a outros médicos, porque, baseado na infectologia,

eu tinha alguns outros problemas que eu tinha que, tipo, às vezes, eu tinha uma gripe, às vezes, né, eu tinha que fazer um exame ou outro que a mim era necessário fazer”.

Há também casos de discriminação direta entre os colegas de trabalho, como indicado por um soropositivo vinculado ao Grupo Pela Vidda Niterói. Após um longo período de aceitação do diagnóstico, ele começou a contar sobre a sua sorologia para algumas pessoas da Aeronáutica. O entrevistado percebeu a discriminação de determinados colegas de trabalho que estavam com medo da infecção do HIV. Ele exemplifica esse medo pela prática de fazer a barba no banheiro do quartel, sobretudo quando percebiam que alguma gota de sangue caía dentro da pia. Alguns colegas o chamavam de “aidético” e vinculavam HIV/aids a uma infecção de “viado”:

**“PVHA Homem ONG 3:** [...] E aí eu, por causa desse monte de fofocas, as pessoas foram começar a saber, eu fui começando a contar, um por um dentro do quartel, mas aí foi uma série de preconceitos, discriminação que eu sofri lá dentro; por exemplo, desde o momento que eu faço a barba e se sangra e eu pego aquilo ali pra lavar na pia, aí tem murmurinho de dizer, vamos lavar porque o ‘aidético’ acabou de sangrar a pia toda aí. Caiu uma gotinha de sangue, vamos lavar porque o ‘aidético’ sangrou a pia toda aí pra gente não pegar essa merda desse viado.

**Entrevistadora:** Eles usam essa expressão, ‘aidético’?

**PVHA Homem ONG 3:** ‘Aidético’, só que eles nunca chegam pra falar comigo isso. Os outros amigos, que são totalmente parceiros, contam pra mim”.

## 5.2.2 A percepção dos profissionais de saúde sobre a discriminação de PVHA no trabalho

As entrevistas em profundidade com os profissionais de saúde revelaram como os usuários da unidade de saúde veem as experiências de discriminação no ambiente de trabalho. Para as assistentes sociais, as PVHA procuram o serviço em busca de informações, ou para conseguir orientações sobre como proceder em diversos casos.

A grande maioria das PVHA não revela o diagnóstico para os empregadores e tenta esconder, ao máximo, o status sorológico. Só se abrem quando adoecem e precisam se ausentar, ou quando as consultas médicas são mais frequentes. A Assistente Social 1 nos conta dois casos de usuários do serviço que revelaram a sua sorologia para seus empregadores e não foram demitidos. Na verdade, esses empregadores foram acolhedores, insistiram em conhecer o serviço de saúde e conversaram com seus infectologistas:

**“Assistente Social 1:** Olha só, de modo geral o que as pessoas falam é que o empregador desconhece. Eles tentam esconder ao máximo. E, assim, das vezes

que eu soube que a pessoa compartilhou, a gente teve situações aqui, por exemplo, eu lembro uma menina que ela era empregada no [...] né, no DP, e aí a questão dela era um sofrimento durante muito tempo, eu acompanhei isso, dela sair para as consultas. Então tinha períodos, eu acho que mais pesados, sei lá, dentro do mês, que era complicado quando a consulta coincidia com esses períodos e ela não falava, tinha medo e aí a gente sempre, você acha que a gente pode ajudar se a gente falar junto, a gente conversando e, não, não, mas, assim, durante anos esse sofrimento, até que um dia ela teve, ela falou, e ela falou e esse, ela falou. Por que que ela falou? Ela também adoeceu, isso, de alguma forma, enfim, aí ela falou pra esse empregador e esse empregador, na verdade, reagiu, enfim, da melhor forma possível, a ponto de vir aqui com ela em uma consulta, conversar, conhecer a gente. Foi, assim, eu já tive outro, eu também tô lembrando agora de outro paciente também que veio aqui, na verdade a esposa dele trabalhava na casa né, de uma família, e aí quando ele adoeceu, quando ele descobriu ser soropositivo e aí todo mundo muito preocupado e aí veio o patrão dele com ele, vinha durante algum tempo nesse estágio inicial, esse patrão acompanhava e aí, assim, lógico, ele trabalhava pra ele e aí também, aí tem uma outra lógica também, ia ajudar ele nessa coisa do transporte, que aí ele demorava menos tempo, já chegava aqui cedo, já era atendido, já era liberado, o carro já tinha essa vantagem, mas ele acompanhou durante várias consultas”.

Em relação às PVHA que passaram por discriminação no trabalho, segundo as assistentes sociais, os usuários do serviço acreditam que foram dispensados em função de HIV/aids, mas não conseguem provar o motivo da demissão. Importante assinalar que a grande maioria das PVHA que acessa a unidade de saúde não denuncia a discriminação que sofreu no ambiente de trabalho:

“**Assistente Social 1:** E os negativos [silêncio], assim, os negativos, o que que acontece, muitas vezes a pessoa tem a certeza de que foi mandado embora que, enfim, de alguma forma, e isso tem a ver com o seu resultado, com ser soropositivo, só que isso, às vezes, fica muito difícil da pessoa provar. Então, ele sabe que foi, mas isso né, aí a pessoa sai, sai do emprego ou é mesmo, assim, formalmente dispensado, mas isso sempre, o que eu percebo, assim, muitas das vezes os casos que eu lembro, as pessoas não vão reclamar, elas não vão denunciar”.

O medo das consequências acarretadas pela revelação do diagnóstico influencia as PVHA a não contarem sobre o HIV para os colegas de trabalho, sobretudo para evitar que os empregadores saibam do diagnóstico, como relatado pelos soropositivos entrevistados nesta pesquisa. Contudo, o fato de não contar, para a Assistente Social 2, pode causar angústia para as PVHA e até ser um motivador para o desenvolvimento da depressão. As empresas encorajam a manutenção do segredo, sendo que a Assistente Social 2 dá o exemplo de uma psicóloga quando a mesma, em uma atividade para os trabalhadores, não quis participar de uma dinâmica sobre HIV/aids, para que eles não tivessem receio em falar sobre o tema com as assistentes sociais:

**“Entrevistadora:** Porque também tem gente que relata medo de contar pro parceiro da soropositividade, medo de falar com alguém fora da família, né, com amigos...

**Assistente Social 2:** Não, não vai falar com o amigo, imagina, vou falar, o meu amigo do meu trabalho falar pro meu patrão, como é que vai ser? Meu amigo que eu bebo no chopp vai falar pra alguém, eu não vou arranjar namorado ou não vou arranjar companheiro, entendeu, então o medo, o preconceito existe. Nós vamos fazer um trabalho ali no [...] sobre aids e nós fizemos uma dinâmica e a psicóloga da instituição ficou em pé, eu falei entra, vem participar, ah não, porque eu sou psicóloga, depois eles não vão poder se abrir. Como assim?

**Entrevistadora:** Pra psicóloga eles deveriam se abrir, né?

**Assistente Social 2:** E não só isso, ela é da instituição. Entendeu, como assim? Então é isso, as pessoas, o medo de se colocar porque eu digo pro paciente o seguinte, eu digo assim, olha só, a gente deve falar, tudo na vida não é só que tem aids, mas tudo na vida da gente, abriu o leque quando a gente vai se sentir bem. O que vai acontecer no outro, fora da gente, a gente resolve depois, vai me dar um bem-estar falar, falo, depois eu resolvo o de fora, por que eu vou me sentir bem porque te faz bem ficar mudo e trancado? Vai te fazer bem, te angustia, você sofre, fica triste, dá depressão, então não fica com isso, porque isso não te pertence, abre e fala e aí resolve depois, vamos resolver o que está fora, o que não te pertence mais, aí vamos resolver porque é dessa forma que a gente resolve as coisas. Quando a gente fica protelando os nossos problemas, a gente aumenta os nossos problemas e adoce”.

Distinguindo-se da fala das PVHA da unidade de saúde, as assistentes sociais relataram que há soropositivos que pedem demissão antes do diagnóstico ser revelado. O motivo é o medo da exposição da sua sorologia para os colegas de trabalho, sendo que, para as PVHA, a demissão é considerada uma forma de “preservação”. Mesmo com o acesso à informação sobre HIV/aids, para a Assistente Social 1, o medo e a persistência em esconder o diagnóstico ainda existem, como no começo da epidemia:

**“Assistente Social 1:** Com medo né, algumas pessoas já passaram por essa experiência, de sair, de pedir pra sair, pra ir embora, antes que, que souberam de alguma forma, agora eu estou me lembrando de uma senhora, ela trabalhava na cozinha de um restaurante e aí eu acho que uma colega ficou sabendo e contou e aí veio até nos procurar pra falar dessa situação que ela estava vivendo lá e ela estava, assim, em vias dela pedir as contas pra não ser, pra sair dessa situação, entendeu, que ela estava com muito medo. Agora o que que acontece, qual era a pergunta, se as pessoas...

**Entrevistadora:** Pedem demissão.

**Assistente Social 1:** Assim, que eu lembro, eu acho que essa foi uma das que pediram, que saiu, que preferiu e aí eu acho que ela foi uma dessas situações. Mas hoje, talvez, a gente hoje tem mais informação e eu acho que esse cenário, de modo geral, assim, as pessoas continuam escondendo, tentam se preservar e o medo que elas trazem é esse, né, como é que eu faço, se ficarem sabendo,

o que que eu tenho que fazer e a gente orienta, olha, isso é crime, não pode fazer. Mas, de modo geral, assim, hoje, pelo menos assim, nesse momento, eu não tenho notícias de pessoas vivendo isso, elas se preservam, tentam manter, enfim, e se manter ativa, porque eu acho que hoje, também, assim, esse cenário de pedir as contas, quer dizer, na verdade, né, a maioria das pessoas dependem pra sobreviver, tem que ter o seu trabalho, então não é fácil hoje, muitas das vezes com família e não sei o que, às vezes você resiste o quanto pode”.

A Assistente Social 1 relata a sua experiência de décadas trabalhando com PVHA e faz um paralelo do viver com HIV na década de 1990 e nos dias atuais. O medo da revelação do diagnóstico e possível demissão faz com que, em geral, as PVHA tenham que ter uma maior tolerância no ambiente de trabalho, engolindo “sapos” para se manterem nos empregos. Ela relata que, no começo da epidemia, muitas pessoas largavam tudo para tentar viver intensamente, porque a morte era iminente. Hoje em dia não, a pessoa tem que se manter produtiva, para conseguir um emprego e rendimento, sendo um cenário da epidemia pós-surgimento dos antirretrovirais:

**“Assistente Social 1:** [...] nesse momento, pelo menos, assim, eu vejo que as pessoas, né, elas têm medo, quer dizer, hoje elas querem, elas têm que se manter no trabalho, produtivas, de um modo geral, e aí muitas das vezes elas engolem sapos, ficam tentando...

**Entrevistadora:** Mas isso pra todo mundo.

**Assistente Social 1:** É, mas o que eu quero te dizer, assim, o quanto que esse fantasma de contar, essa tolerância pode, de repente, ficar mais elástica pra você conseguir se manter lá dentro. Eu acho que isso, engraçado, né, tudo tá conectado, né, assim, acho que essa situação do país e como é que isso interfere, o capitalismo duro em cima de todo mundo e aí até, eu acho que essas situações, essa nossa subjetividade que é, como eu penso, como é que é eu ser soropositivo dentro do local de trabalho...

**Entrevistadora:** Que eu tenho que ser produtivo...

**Assistente Social 1:** Né, meio que, talvez, que eu acho que talvez seja isso e talvez, assim, talvez no passado, década de 80, 90, era muita gente que soube ser soropositivo e disse que, assim, saiu do trabalho, fechou conta, tirou todo o dinheiro...

**Entrevistadora:** Achou que ia morrer e tinha que viver.

**Assistente Social 1:** E aí não morreu, mas hoje essa situação não tá pra você tá se dispondo assim.

**Entrevistadora:** E também não vai morrer amanhã. Se você se tratar, você vai viver muitos e muitos anos.

**Assistente Social 1:** É, é verdade e isso, de alguma forma, num certo sentido, ajuda a gente a ter um outro cenário também da epidemia, assim, né, no mundo do trabalho. E hoje a gente não vê mais as pessoas, assim, desesperadas.

**Entrevistadora:** Mas ainda com medo, né?

**Assistente Social 1:** Não, medo tem.

**Entrevistadora:** Que era desde o começo da epidemia e continua, né”.

As assistentes sociais revelam a preocupação de algumas PVHA que trabalham com material cortante, com o cuidado no manuseio de facas, tesouras, entre outros utensílios, para não contaminarem outras pessoas com o HIV. Como exemplo, a Assistente Social 1 relata o dilema de um cabelereiro que sempre toma cuidado ao manusear a navalha, além de se manter com uma aparência que não o vincule ao vírus, diferente do começo da epidemia, onde a lipodistrofia, principalmente a magreza, era muito aparente e vinculada a HIV/aids, como no caso do cantor Cazuza<sup>16</sup>. Além disso, a Assistente Social 1 relata que muitas PVHA se sentem “anormais”, passando por um sofrimento psicológico persistente no decorrer da vida laborativa, porque HIV/aids está associado a uma doença estigmatizada:

“**Assistente Social 1:** Eu acho que passa isso, né, quando você tem uma doença e uma doença que é estigmatizada, quer dizer, você sente à parte, você já não pertence mais àquela, o dito ‘normal’ e aí isso, de alguma forma, te coloca num lugar, eu já ouvi isso de algumas pessoas, assim, né, eu não me sinto igual a outras pessoas, se sente diferente, pertencendo mais a esse grupo e aí eu acho que isso, de alguma forma, como é que vou, né, alguém que saiba, como é que vou lidar com isso no meu trabalho, se alguém descobrir. Deve ser um sofrimento muito grande, né.

**Entrevistadora:** Psicológico.

**Assistente Social 1:** É uma tortura, e aí você, às vezes, algumas pessoas, essa coisa da aparência, que aí, agora nem tanto, mas houve um momento que a lipodistrofia, que as pessoas tinham o maior medo, como é que vou chegar lá no meu patrão, uma colega dizer que tô, né, chupada, que tô muito magra, isso, pela aparência do Cazuza, era muito mais forte nas pessoas. E aí, por exemplo, eu acho que isso ainda tem uma, quem trabalha, agora eu tô lembrando, quem trabalha com beleza, em salão de cabelereiro, o medo, o medo de, também, o medo de mexer com instrumentos e isso, de alguma forma...

**Entrevistadora:** Manicure, né?

**Assistente Social 1:** É, mas até corte de cabelo, aquela coisa da navalha, alguns cabelereiros falam, assim, traziam essa questão de ser, de saberem, né, e aí a preocupação de se manterem bem justamente pra, sei lá, pras freguesas deles, pra pessoa que faz cabelo com eles há anos não rejeitar”.

---

<sup>16</sup> Cazuza foi um cantor brasileiro que morreu, em 1990, em decorrência da aids. Na década de 1980, foi capa da Revista Veja e Manchete, onde apareceu extremamente debilitado e com vários indícios de lipodistrofia. Essa imagem do Cazuza foi vinculada, no Brasil, às pessoas adoecidas pela aids, em estágio terminal.



Nas consultas, muitos usuários solicitam declarações de comparecimento para o Serviço Social, com o intuito de omitir o atestado do infectologista aos Recursos Humanos (RH) das empresas:

**“Assistente Social 2:** [...] quer dizer, as pessoas têm medo, vêm, marcam consulta e vêm pedir a declaração ao Serviço Social de comparecimento pra não pedir ao infectologista, porque não quer que apareça na declaração ‘infectologista’, pro patrão não ver que é na infectologia, ah, não bota, bota que eu vim pro atendimento médico e no serviço social, entendeu, então isso acontece”.

A própria relação de comunicação entre os usuários do serviço e as assistentes sociais tem um limite, especialmente para que não ocorra a revelação do diagnóstico para os empregadores. Telefonar para as empresas onde trabalham não é permitido. Para a Assistente Social 2, a discriminação de PVHA no ambiente de trabalho é indireta e ocorre de uma forma “velada”:

**“Assistente Social 2:** Mas eu não sei hoje, você quer que eu fale, olha, eu tô atrasada [para chegar na Unidade de Saúde], eu disse que ia chegar no posto, eu posso ligar pro seu departamento [para avisar do atraso], não, não ligue, então não consegue falar e alguns casos, às vezes até de ser mandado embora por ter colocado [...] mas que a gente vai trabalhando muito, mas que a gente sente que tem e que não é muito, é velado, é uma coisa que não é muito aberta”.

Para as assistentes sociais, muitas pessoas que chegam até o Serviço Social da unidade de saúde estão desempregadas ou trabalham informalmente em “subempregos”. O medo do exame médico admissional é relatado pelos usuários, mesmo sendo proibida por lei a realização do teste sorológico para o HIV nas empresas. Aqueles com ensino superior também encontram dificuldades em conseguir uma ocupação. Sobre a discriminação no trabalho, a Assistente Social 2 deu o exemplo de um gerente de banco que foi demitido, mas recuperou o cargo por meio de um processo, na década de 1980:

**“Assistente Social 2:** A emprego eu não escuto muito, eu escuto mais, assim, eu escutei um, deixa eu ver se eu me lembro de alguma assim, bem, eu quase não escuto de emprego, por incrível que pareça.

**Entrevistadora:** Não é uma questão importante pra eles, então, você acha?

**Assistente Social 2:** Não, porque eu pego muita gente desempregada ou em subemprego, né.

**Entrevistadora:** Emprego informal?

**Assistente Social 2:** Informal e, assim, como eu vou te dizer, eu peguei um essa semana que ele desempregou porque o Prefeito acabou com ... quando é contratado, né, botou só os da, e aí ele ficou, ele tá procurando e não tá

conseguindo e aí ele tem medo do exame médico porque ele é soropositivo. É universitário, super bem, fala bem, super bem formado, articulado, a formação dele é boa, mas ele teme, aceita até um emprego de menor valor, remuneração e não, tentou ser até agente de saúde.

**Entrevistadora:** Não conseguiu?

**Assistente Social 2:** Não conseguiu. Entendeu, então eu acho, assim, usar e brigar pelo direito ainda na questão do emprego ainda é muito, agora eu conheço um que é bancário, gerente, ao saber ser soropositivo foi mandado embora, mas lá nos anos 80, né, e que brigou, brigou judicialmente, voltou e é gerente hoje de um banco, do [...]. Brigou e retornou pro cargo em que ele perdeu”.

O medo do exame admissional é reforçado pela Assistente Social 2 porque, para a empresa, o candidato ainda não é seu funcionário. Dessa forma, se ele não entregar todos os exames solicitados à empresa, simplesmente, a mesma pode não admitir o candidato:

“**Assistente Social 2:** Não, não é que faz, elas, se não fizer, porque é a colocação, é tipo assim, você recebe lá ‘traga a sua carteira de trabalho, faça raio-x, faça teste de HIV, faça não sei o que’, sem isso tudo aqui você não entra, ele ainda não está dentro, ele não está dentro, quer dizer, ela não tem compromisso nenhum com ele. Ele não é um funcionário que está lá dentro que ele pode brigar ‘não vou fazer’, não é obrigado a fazer, ele tá fora, ele tá concorrendo a uma vaga.

**Entrevistadora:** Mas, teoricamente, a empresa não poderia pedir exame de HIV, né?

**Assistente Social 2:** Teoricamente, ela poderia dizer ‘eu não tô contratando ele’. Ela não tem nenhum compromisso, você não tá na minha empresa, você tá concorrendo, eu posso não te querer.

**Entrevistadora:** É como burlar a lei pra...

**Assistente Social 2:** É, entendeu, ela não tem, porque você tá concorrendo e você tem medo dela te excluir. Você não recebe, ela te entrega todos os seus documentos e não te aprova”.

A Assistente Social 2 ainda argumenta que o mercado de trabalho, em geral, está difícil, concorrido, e a situação se agrava no caso das PVHA, quando é exigida a realização do exame de HIV. Ela dá o exemplo das Forças Armadas que, já no edital, deixam clara a exigência da realização do exame:

“**Assistente Social 2:** Não, eu acho que o mercado hoje em dia tá difícil, eu acho que não é uma coisa muito fácil, não tá fácil, mas eu acho que essa exigência do HIV pesa pro paciente que é soropositivo, no sentido de que se isso vem pedido no papel. Eles temem.

**Entrevistadora:** E você já viu empresa pedindo no papel, assim?

**Assistente Social 2:** Eu já vi as Forças Armadas.

**Entrevistadora:** É porque é obrigatório.

**Assistente Social 2:** Que é obrigatório. É O-BRI-GA-TÓ-RIO né, tem que fazer, isso eu vi.

**Entrevistadora:** Pra PM...

**Assistente Social 2:** Eu vi na Aeronáutica [...] passava na prova e o teste pra entrada tinha que levar o teste de HIV. Como eu já vi pra gestante de gravidez, né, tinha que levar teste. Como assim teste de gravidez!

**Entrevistadora:** Pra provar que não está grávida.

**Assistente Social 2:** Que não tá grávida. Então eu acho, assim, são coisas de burlar a lei como, por exemplo, não aceitar, são coisas assim que [...].

A Assistente Social 1 reforça a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, independente de HIV/aids, mesmo para as pessoas com nível superior. Ela cita o exemplo de um usuário do serviço de saúde, professor de inglês, que está cursando a segunda faculdade e, mesmo assim, não conseguiu emprego:

“**Assistente Social 1:** O mercado tá difícil, é verdade, pessoas qualificadas, foi ontem, eu atendi um rapaz, ele está fazendo um curso, tá acabando, eu acho que o curso de letras e tá desempregado, ele vivia da bolsa dessa faculdade que ele recebia uma bolsa e agora perdeu a bolsa, tá desesperado, uma pessoa altamente qualificada, com curso de inglês, já é até professor de inglês, tá fazendo uma outra faculdade, mas ele tá pedindo bolsa de alimento<sup>17</sup>”.

Por outro lado, para um dos infectologistas da unidade de saúde, que também possui consultório particular, a postura das empresas mudou em relação à abertura do mercado de trabalho para as PVHA. Ele deu o exemplo de um paciente que contou sobre o diagnóstico no período que estava fazendo os exames admissionais para ingressar em uma empresa estatal (após ser aprovado no concurso público). O infectologista também falou sobre outros profissionais que contaram para a mesma empresa sobre a sorologia positiva para o HIV e, após anos recebendo esses pacientes, tornou-se referência para os soropositivos. O importante, nesse caso, foi a garantia da manutenção do sigilo do diagnóstico pelo RH da empresa. Será que a mesma lógica seria utilizada em empresas privadas? O argumento do infectologista é que aqueles que tomam o medicamento tem qualidade de vida e o empregador, ou colegas de trabalho, não imaginam que aquele indivíduo é HIV positivo. Entretanto, tomar os antirretrovirais regularmente não é uma tarefa simples para algumas pessoas. Segundo o

---

<sup>17</sup> Todo mês, a “Sociedade Viva Cazuzza”, fundada em 1990 pelos pais do cantor Cazuzza, distribui cestas básicas para as PVHA cadastradas.

infectologista:

**“Infectologista:** [...] Mas, assim, o que eu vejo hoje, eu vejo hoje empresas até com uma postura; vou te dar três exemplos, eu tenho um paciente que ele, três pacientes aqui do consultório, que ele trabalhava como engenheiro de produção na [...] e quis mudar, estava insatisfeito e fez um concurso pra [empresa estatal] e aí ele passou na parte de conhecimento, foi classificado e tal e teve lá uma avaliação médica dentro das etapas e ele, antes dessa avaliação, ele veio conversar comigo se ele contava que tinha HIV, se ele não contava e tal.

**Entrevistadora:** Mas fizeram exame de sangue nele?

**Infectologista:** Não, não, na hora de perguntar como é a sua saúde, né, enfim, aí ele contou, ele resolveu contar e, assim, a empresa soube antes de aprovar ele e ele foi aprovado, ele trabalha...

**Entrevistadora:** Mas existem leis que proíbem, no âmbito público, existem leis que garantem a proteção desse indivíduo.

**Infectologista:** Não, tudo bem, mas, assim, teoricamente ele tá naquele momento sendo avaliado. É difícil, assim, se a empresa quiser que ele não seja aprovado, ela não precisa falar que é por causa disso. Então, assim, ele tá ainda conquistando uma vaga, competindo com outras pessoas e tem uma série de avaliações e não, você não foi aprovado e pronto. No caso, ele foi aprovado, enfim, um tempo depois um outro paciente que fez um curso pra nível médio, agente administrativo, ele também me fez a mesma, o mesmo questionamento, falo, não falo, enfim, e aí eu contei o caso desse primeiro paciente e aí ele contou também, ele foi aprovado. E um terceiro paciente, que é engenheiro civil, também passou pelo mesmo processo e aí, assim, entre os convênios que eu atendo, um deles é da [empresa estatal], então eu tenho muitos pacientes que trabalham na [empresa estatal] e que, assim [...] Então, por exemplo, o seu gerente naquilo que você faz de trabalho, ele não fica sabendo, né, então é uma empresa que tem essa preocupação e ela colocou que não tem, na realidade não tem nenhum, realmente eles, assim, têm essa política dentro da admissão, isso não ser um problema. Então eu vejo isso, enfim, então, assim, é uma coisa que existe também. Agora, a discriminação, ela, eu acho que tem vários tipos de situações, acho que tem a situação, enfim, que parte do próprio paciente”.

Distinguindo-se da fala das PVHA, para o infectologista, a discriminação de PVHA no trabalho ficou no passado e, hoje em dia, os pacientes não relatam esse tipo de discriminação e nem o pedido de exame de HIV na hora da admissão:

**“Infectologista:** Assim, essa coisa de discriminação é uma coisa que, primeiro, o que que é no trabalho as pessoas têm que saber isso? Então, assim, eu não vejo hoje uma caça às bruxas, eu não vejo os pacientes me relatando que, eu não vejo ninguém em exame periódico de admissão fazendo esse exame. Hoje em dia, a situação das pessoas é de saúde, hoje só adoece quem não se trata. Então, assim, a grande maioria das pessoas trabalham em empresas diversas e as pessoas não sabem que ela tem HIV. Agora, em muitas empresas, assim, eu já há muitos anos, eu não vejo ninguém chegando aqui [para] falar: souberam que eu tenho HIV e por causa disso eu fui demitido.

**Entrevistadora:** Mas já houve no passado?

**Infectologista:** É, isso é uma coisa que ficou mais evidente no passado, enfim, mas, assim, não é o meu dia a dia, com toda a sinceridade”.

Contudo, em uma fala adicional, o infectologista revelou que uma de suas pacientes trabalhava em um stand em um shopping e contou para a sua colega de trabalho que tinha que se ausentar em função de uma consulta marcada, revelando a sorologia. Essa colega de trabalho contou para o empregador e a PVHA foi dispensada do emprego.

### 5.2.3 A percepção dos ativistas sobre a discriminação de PVHA no trabalho

A realização das entrevistas semiestruturadas com os ativistas vinculados ao Grupo Pela Vida Niterói, que possui Assessoria Jurídica, foi fundamental para a compreensão sobre a discriminação no trabalho das PVHA no Brasil. Para os entrevistados, esconder o diagnóstico de HIV para o departamento de RH das empresas não é uma tarefa simples. O Ativista 1, após divulgar na internet uma pesquisa sobre emprego e HIV, observou a dificuldade dessa população no acesso ao mercado de trabalho. Uma das formas de expor os soropositivos está na entrega da documentação para o afastamento do trabalho, como o auxílio-doença, e consta a Classificação Internacional de Doenças (CID) com o número B24, que está vinculado ao HIV:

“**Ativista 1:** Você sabe que eu estou com uma pesquisa online sobre isso, então muita gente diz que tem dificuldade de pegar, de terem acesso ao mercado de trabalho por causa do HIV. Aí o pessoal fala, ah, mas é sigiloso, uma hora ou outra a empresa descobre, não tem jeito.

**Entrevistadora:** Como?

**Ativista 1:** Pessoa indo muito a médico ou chegando com a CID, entra em auxílio-doença e tem a CID, essas coisas todas.

**Entrevistadora:** Ah, quando você entra em auxílio-doença, aparece a sua CID?

**Ativista 1:** Isso.

**Entrevistadora:** E o documento vai para a empresa?

**Ativista 1:** É, porque você vai dar o documento pra empresa. Por exemplo, você tá no B24, B24 é o que? É aids.

**Entrevistadora:** E aí a empresa descobre.

**Ativista 1:** E aí o que que a empresa faz? Eu pego 6 funcionários, boto esse no meio e mando embora. Mando embora meia dúzia. Ah, você, não, pera aí, eu não te demiti porque você tinha HIV, tanto é que eu mandei umas 5 com

você. Então, assim, fica muito difícil você provar alguma coisa”.

Segundo o entrevistado, para não caracterizar a demissão do funcionário em função do HIV, a empresa demite algumas pessoas e coloca a PVHA no grupo que será dispensado. Porém, o Ativista 1 deixou claro que nem todas as empresas têm essa prática, mas outras colocam o funcionário soropositivo isolado. Para ele, a discriminação ocorre em função do pensamento capitalista do empregador, onde o lucro em ter a pessoa mais produtiva trabalhando e sem se ausentar em função de doenças, faz com que as PVHA não sejam selecionadas nos processos seletivos:

**“Ativista 1:** Tem muitos casos, tem empresas que não, toda regra tem sua exceção, mas tem empresa que pega o seu funcionário e bota ele isolado em uma salinha sem telefone, sem nada.

**Entrevistadora:** Ainda hoje?

**Ativista 1:** Ainda hoje.

**Entrevistadora:** Mesmo com a informação de como se contrai...

**Ativista 1:** Sim, mas também, vamos lá, vamos olhar o lado do empresário. Então o que que acontece hoje, vamos supor que eu sou o empresário, então eu, como bom empresário que sou, eu viso ao lucro e à produção, então vamos supor, isso hipoteticamente falando, tá, cheguem duas pessoas, tá, com os currículos idênticos, mesma faixa etária, mesma capacitação etc. e tal, uma com HIV e outra não. Então vamos lá, a pessoa com HIV, ela vai ter mais chances de se ausentar do trabalho, então ela vai ter que pegar medicação, ela vai fazer exames, pode adoecer, as chances de adoecer são maiores. Então vamos lá, se eu vou pagar a mesma coisa, os mesmos encargos por uma pessoa, entre aspas, saudável, isso não significa que uma pessoa, entre aspas, saudável e uma outra com HIV, eu vou contratar quem? Eu sou empresário, eu não sou casa de caridade, então eu vou contratar a pessoa que não tem HIV.

**Entrevistadora:** Então, pra você, essa coisa de não contratar é única e exclusivamente econômica. Não é discriminatória?

**Ativista 1:** Não, não, porque eu fiz uma pesquisa com várias empresas, eu não vou citar nomes aqui, porque eu tô com um projeto”.

Já a Ativista 2 revela que muitas PVHA que pedem demissão, ou que são demitidas, procuram seguir as suas vidas e não procuram processar aqueles que os discriminaram, sobretudo em função do medo que a sorologia se torne pública:

**“Entrevistadora:** Ou seja, muitos são discriminados e não comentam com advogado.

**Ativista 2:** Vão embora, seguem a sua vida.

**Entrevistadora:** Ou pedem demissão?

**Ativista 2:** Pedem demissão, são demitidos e vão cuidar da vida de outra maneira porque temem, temem, de fato, retaliação, temem, de fato, que aquilo tome uma proporção maior do que aqueles que entendem, que já teve naquele ambiente, aí vão estar expostos na justiça e a partir disso a preocupação de que aquilo se torne público ainda que a gente explique a questão do segredo de justiça e tal, mas há muita dificuldade, há muita dificuldade”.

A exposição pública da sorologia é uma questão relevante e muitas PVHA têm receio que seus nomes fiquem atrelados aos processos. Diversos advogados não colocam as ações em segredo de justiça e, dessa forma, uma simples pesquisa na internet com o nome da PVHA é o suficiente para a revelação do diagnóstico.

Outra questão importante mencionada pela Ativista 2 é o pedido do teste de HIV no processo de admissão nas empresas, dando como exemplo o caso de uma empresa que pediu para que os candidatos fizessem o exame em um CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) e que levassem o resultado. Contudo, nos CTA, é proibido colocar o nome da pessoa no exame. Para a entrevistada, as grandes empresas sabem que é ilegal o pedido do teste de HIV nas contratações e se o médico da empresa fizer essa solicitação estará quebrando o sigilo do diagnóstico:

“**Ativista 2:** Proibido por lei, eles pediram que colocasse o nome, não pode colocar o nome, então não servia para cumprir aquele papel lá naquela empresa, mas a gente só pode fazer alguma coisa se tiver uma denúncia. Ninguém vai denunciar por quê? Porque ele não vai conseguir o acesso àquele emprego.

**Entrevistadora:** Mas é pior ainda porque, geralmente, a empresa que faz o exame.

**Ativista 2:** Depende da empresa, depende, se é uma empresa ainda que grande, ela sabe que é ilegal, que a gente tem percebido, e esse é um subterfúgio, ela não coloca como requisito, mas ela pede na entrevista, por favor, traga isso, isso, e isso e o HIV, então é de prova impossível. Eu só soube disso através dessas capacitações com os médicos do interior, e aí eu digo da importância do médico em não se comprometer com isso porque, por exemplo, numa empresa, se eu sou aqui uma grande empresa e vou fazer a testagem, eu tenho que ter um profissional médico que vai fazer a solicitação, então você tá comprometendo aquele profissional médico que tá violando a ética”.

#### 5.2.4 A autodiscriminação

Por meio das entrevistas com as PVHA e os profissionais de saúde, percebe-se que a questão da autodiscriminação é um ponto importante de análise. Mas a autodiscriminação não é consciente para as PVHA. Ela está relacionada com a baixa autoestima, baixa escolaridade e

dificuldade em conseguir uma colocação no mercado de trabalho. Nas entrevistas, aqueles que expressam a autodiscriminação estão trabalhando informalmente, ou estão desempregados.

Segundo a Assistente Social 1:

**“Assistente Social 1:** Eles falam isso, alguns falam, ah, porque eu sou assim, mas, às vezes, quando você conversa um pouquinho mais você vai ver, assim, a baixa qualidade mesmo de nível de estudo, tem toda uma outra situação que, muitas das vezes, acaba, assim, talvez, assim, também o auto preconceito, né, a própria pessoa ficar se desqualificando, baixa autoestima e acha que é por conta do HIV e na verdade não é. Por exemplo, ontem mesmo chegou um paciente que ele, assim, é a característica dele, né, morou durante muito tempo, na verdade, ele não mora na rua, mora numa hospedaria... Então a pessoa queria, aí a característica dele, mora em hospedaria e ele é ambulante, tem uma legalização, aí ele morou durante um tempo e aí a pessoa, ele ficou devendo a hospedaria e aí a pessoa retirou dele, seguiu o carrinho e o isopor dele, então ele tá sem material de trabalho e aí veio aqui conversar, falar, aí viu, a gente deu até pra ele, negociou com ele o nosso isopor. Enfim, mas, assim, e aí ele fala isso, que ele não tem, não tem trabalho e que na condição dele, sendo soropositivo, ninguém dá, então por isso que ele partiu pra tentar comprar alguma coisa pra vender. E, assim, você vê que ele, na verdade, assim, tem pouco, assim, como é que vou dizer, condições, mesmo porque o mercado é exigente, cada vez mais, tá mais seletivo e aí não é por conta do HIV, mas aí junta isso com a baixa autoestima, com a questão mesmo e aí você vai e isso é um contínuo, que aí por trás disso, no caso dele, especificamente, é assim, tem uma depressão e aí com isso ele abandonou o remédio e aí isso você já vê que a imunidade dele já está caindo, então é um ciclo vicioso”.

Um dos entrevistados ligados ao Grupo Pela Vidda Niterói (PVHA Homem ONG 3) vinculou a autodiscriminação com a dificuldade da aceitação do diagnóstico. Ele demorou para procurar a gratuidade para o metrô, trem e ônibus por vergonha e só buscou esse direito depois de algum tempo. Essa demora está relacionada à autodiscriminação porque muitas PVHA se autodiscriminam e não querem nenhuma identificação que as associem ou lembrem que elas são infectadas pelo HIV. Além disso, para ele, procurar pelo direito ao transporte público, é uma forma de exposição do status sorológico em função de toda a burocracia para conseguir a gratuidade:

**“PVHA Homem ONG 3:** O que eu posso dizer que eu usei, que eu não queria na época, há muito tempo, eu fiquei não querendo usar esse benefício, foi o passe, transporte, né, tipo, metrô, trem, ônibus. Vim retirar agora esse ano porque eu não queria, eu achava aquilo ali, sei lá, muito desagradável de ter que ir pra esses locais e ter que me expor de uma forma tal pra pedir como se fosse esmola”.

Diversos foram os depoimentos de usuários do serviço de saúde que denunciaram motoristas e cobradores de ônibus por perguntarem o motivo da gratuidade para o transporte



público, causando constrangimento para os entrevistados:

**“PVHA mulher UD 6:** [...] a gente pegou o RioCard grandão, eu tive problema no ônibus, ônibus de Ipanema, ali em São Cristóvão, eu tive problema no ônibus por causa desse RioCard. Ah, você tem o quê? Por que tem esse RioCard? Porque ele não passava na roleta, tinha que mostrar e entrar por trás, eu falei, minha senhora, eu tenho que falar pra senhora o que eu tenho? O importante é que eu tô mostrando que eu tenho o RioCard e eu tenho o direito de passar por trás. Não, você só vai passar se você falar o que você tem, eu falei, eu não vou falar, aí foi aquilo, fala, não fala, fala, não fala, peguei o número do ônibus na hora, tudinho, e quando eu cheguei no trabalho tive que pegar outro ônibus e liguei pra empresa, entendeu, aí falei.

**PVHA homem UD 5:** Isso aí aconteceu comigo também, isso aí. Eu não soube nem como agir, eu fingi que não escutei, mas o cara ficou insistindo. Ainda bem que eu já tinha passado já da roleta, mas ele perguntou: O que que é que você tem afinal de conta?”.

Para o infectologista, a autodiscriminação parte das próprias PVHA e envolve culpa, medo, angústias e baixa autoestima. No âmbito do trabalho ou na vida social, aqueles que passam pela autodiscriminação acreditam que qualquer pessoa pode identificá-los como PVHA. Isso perpassa pelo medo de diversos soropositivos em se manterem no trabalho ou em voltar para ele, após um período recebendo o auxílio-doença. No entanto, o infectologista não considerou a carga psicológica da autodiscriminação, onde a aids, para ele, pode servir de muleta:

**“Infectologista:** [...] Agora, a discriminação, ela, eu acho que tem vários tipos de situações, acho que tem a situação, enfim, que parte do próprio paciente.

**Entrevistadora:** Uma autodiscriminação.

**Infectologista:** Isso, então, assim, é um processo que envolve culpa, medo, angústia das mais diversas e que, no âmbito do trabalho, a pessoa, assim, ela fica mais difícil entender se existe um a partir do momento que a empresa sabe, por alguma situação, o que que é uma coisa que parte da empresa e o que que é uma coisa que parte do paciente. Então eu vejo, tem discriminação, mas também tem muita situação, assim, onde as pessoas também, às vezes, utilizam essa condição de ter aids como bengala.

**Entrevistadora:** Em que sentido?

**Infectologista:** No sentido de...

**Entrevistadora:** De benefício?

**Infectologista:** Não, de ficar dentro de um sentimento de baixa estima, achar que ninguém mais...

**Entrevistadora:** O psicológico, né?

**Infectologista:** Eu tô passando por ali, alguém olhou pra mim, acha que eu tô

com aids. Ninguém sabe, acha que todo mundo sabe...

**Entrevistadora:** Uma coisa paranoica, né?

**Infectologista:** Uma coisa paranoica. E aí, assim, eu tive vários problemas de paciente de querer perpetuar uma licença médica, de eu chegar em um ponto e falar, não, não vou dar mais licença porque você tem condições de trabalhar, pelo contrário, se eu tô aqui pra lutar pela saúde, significa que lutar pela saúde é você passar a ter uma vida normal, que é você ir ao trabalho. Enfim, e aí a gente vê a pessoa se utilizando disso pra resolver um outro problema que não tem nada a ver com o trabalho e com discriminação. Então, assim, às vezes é difícil você pontuar cada coisa, mas, assim, tipo, eu tenho um número muito grande de pacientes e todos trabalham”.

A autodiscriminação, segundo o infectologista, está vinculada ao medo da revelação do diagnóstico. Ela também está associada a como as PVHA se sentem em relação aos outros, em uma posição de inferioridade. Assim, o medo se torna um elemento para que as PVHA não se socializem:

**“Entrevistadora:** Então as pessoas têm, na verdade, medo de contar, medo de, porque apesar de você achar que a discriminação não é mais um problema como era antes, as pessoas ainda têm medo de contar.

**Infectologista:** Mas esse medo, ele, assim, vamos dizer assim, ele é diretamente proporcional a como você se sente tendo HIV. Então se você se sente sujo, feio, imundo, diferente, menor, inferior, por ter isso, é como se partisse não do zero na interpretação do que os outros vão achar, você parte do menos um, menos dois, porque já acha isso. Agora, isso varia muito de pessoa pra pessoa e aí a gente, assim, eu aqui no meu trabalho a cada dia aprendo mais sobre essa realidade do comportamento humano”.

O isolamento social pode acarretar diversas consequências para a vida das PVHA, como a solidão e o medo de se envolverem emocionalmente com outras pessoas. Isso remete ao receio de contar sobre o diagnóstico e a incerteza sobre qual será a reação do seu companheiro(a). Dessa forma, para o infectologista, a PVHA pode internalizar a discriminação e pensar que “o mundo é uma enorme discriminação”:

**“Infectologista:** Eu não quero falar, enfim, o que que vão achar, é isso, é aquilo e tal, elas confundem a percepção do olhar de quem se interessa por ela, que esse interesse ele parte do princípio que tem que ser alguma coisa que não seja ela como um valor, como pessoa, porque se a preocupação fosse essa, porque, de uma certa forma, talvez essa pessoa não se valorize como pessoa. Então, assim, no olhar dessa pessoa, o mundo é uma enorme discriminação a ponto dela nem tentar ser feliz de novo”.

O medo do envolvimento emocional das PVHA foi relatado por uma usuária do serviço de saúde. Ela conta que estava na sala de espera da infectologia conversando com outro usuário, quando ele lhe deu um papel com seu telefone. Contudo, ela não teve coragem de ligar, disse

que prefere ficar sozinha e possui uma ideia de que é possível se contaminar novamente com o HIV:

**“PVHA mulher UD 4:** [...] eu fiquei porque todo homem que chega perto de mim, eu acho que vai me contaminar, mais do que eu já tô, mas não é assim, eu sei que não é assim, mas eu fiquei, entendeu, eu perdi, às vezes até aqui, até no dia do, no dia mesmo o rapaz me deu o telefone dele, se interessou por mim, cara, eu não consigo ligar pro rapaz, eu não consigo, eu prefiro ficar sozinha. Então, desde 2007, eu tô sozinha e eu, como esse negócio de trabalho foi difícil pra mim, aí eu vim pra cá, botei quentinha né, eu mesmo acordo às 6h da manhã, por exemplo, amanhã eu vou fazer costela com agrião, já corto a batata hoje, vendo a minha televisão, entendeu”.

O infectologista relata, adicionalmente, que, mesmo aqueles que são acolhidos pela família e no ambiente de trabalho, têm dificuldades de viver com HIV/aids. Isso influencia até mesmo na adesão ao tratamento, pois a não aceitação do diagnóstico pode interferir em todos os aspectos da vida das PVHA, fazendo com que eles se isolem da sociedade:

**“Infectologista:** Eu tenho pacientes, assim, que a família não discrimina, o trabalho não discrimina, a pessoa tem acesso a remédio, tem acesso a exame, não se trata. Então ela não tem nenhuma justificativa, aí toma o remédio, fala que o remédio, só de olhar, ela enjoa e aí você troca o remédio, aí é pior, aí você troca o remédio, enfim, até a pessoa falar pra você que não quer se tratar, enfim, então...

**Entrevistadora:** E cria resistência a medicamento, né.

**Infectologista:** E aí é uma dificuldade, enfim, por mais que você possa ter uma sociedade perfeita, acolhendo, né, seja no trabalho, seja no âmbito da assistência médica, seja resolvendo as dificuldades, se a pessoa, nesse aspecto que é, vamos dizer assim, essa questão que envolve sexualidade, enfim, a discriminação da pessoa para com ela mesma. Se isso não muda, as coisas não andam”.

Uma entrevistada da unidade de saúde quebrou o paradigma da autodiscriminação, quando argumentou que todos aqueles que têm condições físicas devem trabalhar. Ela é uma exceção entre os entrevistados, pois mesmo após o diagnóstico do HIV conseguiu terminar duas faculdades e passou em um concurso público. Hoje está aposentada, mas tem um consultório de psicologia:

**“PVHA mulher UD 1:** Então, porque, desculpa, eu acho que a pessoa que tá doente, ou com HIV, ou com câncer, ou com qualquer outra coisa, a não ser que isso tire as possibilidades da pessoa ir à luta, as suas forças físicas, como um câncer terminal, ou uma aids terminal, né, então isso aí, tem vezes que a pessoa tá no hospital, a pessoa não pode realmente sair, agora, se você tem um pouquinho de força, né, levante e tem bom ânimo e vai pra frente, vai à luta. Eu acho assim”.

### 5.2.5 Os processos e a legislação de proteção

Nesse tópico, abordam-se os processos judiciais em função da discriminação no trabalho das PVHA e de que forma a legislação de proteção é utilizada para garantir a permanência dessa população no emprego.

No que tange à legislação de proteção contra a discriminação de PVHA, a Lei Nº 12.984, sancionada em 2014, traz os seguintes incisos, que abordam a discriminação no ambiente de trabalho: “II – negar emprego ou trabalho”; “III – exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego”; “IV – segregar no ambiente de trabalho ou escolar”. Segundo a Ativista 2, essa lei está sendo aplicada nos processos, principalmente em concursos públicos, e classificada como uma lei de “discriminação positiva”, mas que não seria necessária, porque a Constituição Federal já protege estes indivíduos. Contudo, a entrevistada chama a atenção para a necessidade de uma melhor divulgação dessa lei, para que todas as PVHA e profissionais do direito tomem conhecimento dela:

**“Ativista 2:** 12.984.

**Entrevistadora:** Você já está utilizando essa lei em alguns casos? Porque...

**Ativista 2:** Todos esses registros que nós fazemos de ocorrência, até a própria defesa da questão dos concursos públicos, nós usamos ela. É uma lei importante que, na verdade, era uma outra lei que, a princípio, seria desnecessária, porque nós temos uma Constituição forte, mas nós precisamos desse reforço [...] Eu acho que é um caso de discriminação positiva, né, em que ratifica a importância de se proteger as pessoas vivendo com HIV e aids. Então é uma lei que também temos que ter cuidado, para não cair em desuso, ou cair no esquecimento, ou nunca ser conhecida”.

As Forças Armadas, a Polícia Militar e os Bombeiros são um caso à parte, pois, nos editais dos concursos, deixam clara a exigência do exame de HIV para os candidatos integrarem a corporação. Segundo a Ativista 2, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) reconheceu válida essa exigência para a “proteção da corporação”. Para a ativista, esta alegação não seria válida porque tem como base uma lei de 1988, onde ainda não havia os antirretrovirais. Na época, a lei foi criada para a proteção dos militares, que eram desincorporados das Forças Armadas, sem nenhum benefício; e, hoje em dia, as PVHA são reformadas ao serem diagnosticadas, como uma espécie de aposentadoria:

**“Ativista 2:** PM, bombeiros... Aqui no Estado do Rio, a PM, os bombeiros, reiteradas vezes, nós não conseguimos derrubar essa exigência junto ao Ministério Público e nem junto à justiça porque, recentemente, o STJ reconheceu válida a exigência para a proteção da corporação.

**Entrevistadora:** Da corporação?

**Ativista 2:** Da corporação, eu fico imaginando um monte de gente pelada na corporação, todo mundo transando (risos). Não, porque quando você, aquilo você imagina, proteção da corporação, aí todo mundo transando sem camisinha. É a única, como é que eu vou proteger a corporação do vírus da aids assim? Isso é um dissenso, baseado em uma lei de 88, ano que não havia nem tratamento, era monoterapia e olhe lá.

**Entrevistadora:** É o ano da Constituição, né?

**Ativista 2:** Sim, nós temos uma lei que foi criada pra proteger a demissão, na verdade, licenciamento das pessoas das Forças Armadas. Foi criada pra proteção, porque elas eram tiradas mesmo, desincorporadas, sem proteção nenhuma.

**Entrevistadora:** Hoje em dia acontece isso?

**Ativista 2:** Ainda acontece, mas com base na lei, reformam”.

Alguns militares com HIV/aids conseguem esconder o diagnóstico e, com isso, permanecem nas Forças Armadas, sobretudo com a ajuda e o aval dos superiores. O problema é que, mesmo qualificados e aprovados nas provas internas, não conseguem progredir na carreira:

“**Entrevistadora:** Mas alguns conseguem se manter?

**Ativista 2:** Alguns, temos alguns, temos alguns rapazes ainda, mas não conseguem se promover. Então fica exatamente aquela discriminação velada, outros conseguem manter em sigilo aquilo, só com sua chefia imediata, a chefia é bacana e tal e aí, de certa forma, conseguem ser promovidos e outros não, nem na justiça. Hoje nós esperamos uma decisão do STF, na verdade em um recurso importante, que agora foi reconhecida a repercussão geral e acho que nós vamos debater isso em uma audiência pública lá.

**Entrevistadora:** Em Brasília?

**Ativista 2:** Fundamental, no STF. Nós não, estou me colocando aí, eu não faço parte desse processo, mas se for possível, eu peço habilitação pra falar, acho que seria bom.

**Entrevistadora:** Uma pessoa que tem tanta experiência na área.

**Ativista 2:** E porque, exatamente, continuar com a mesma questão, enfrentamos, né, quando nós temos tantos avanços no campo científico. Se eu tenho porque, da mesma maneira que eu falei, uma pessoa que tá agravada e adoecida da aids, porque não conseguiu se cuidar direito, porque teve...”.

Segundo a Ativista 2, há diversas formas de dificultar a abertura do processo em função da discriminação de PVHA no trabalho, principalmente quando a pessoa ainda está empregada, pois há uma ameaça velada do empregador em demitir o funcionário que for processar a

empresa em função da discriminação, ou até mesmo aqueles que forem testemunhas nas ações. Contudo, há uma jurisprudência<sup>18</sup> que entende a ausência de testemunhas nos processos como “fragilidade” dos empregados perante o empregador. A comprovação da discriminação ocorre, por exemplo, com o diagnóstico de HIV e logo em seguida a demissão, ou várias trocas de local de trabalho. Mesmo com muitos avanços no campo de HIV/aids no Brasil, para a Ativista 2, a discriminação ainda permanece, como no começo da epidemia, e longo é o caminho entre a violação/demissão e o processo, pois a pessoa tem que se expor e nem todos querem ter essa visibilidade:

**“Entrevistadora:** Só que é complicado a pessoa provar que aquilo aconteceu em relação...

**Ativista 2:** Quando você fala de discriminação sim, principalmente no ambiente de trabalho, que é uma relação quase que solitária, né, são situações muito individuais e que quando existe alguém que assiste, também é empregado, que fragiliza a possibilidade dele vir a depor, vir a testemunhar, porque ele vai perder o emprego. Aí então, assim, o que hoje tem consolidado no Brasil é uma jurisprudência que entende que a ausência de testemunhas se dá exatamente pela dificuldade de prova, pela fragilidade daquele indivíduo perante o empregador. Então, assim, por exemplo, a gente consegue provar por um diagnóstico e uma demissão logo em seguida, por um diagnóstico e várias trocas de local de trabalho, por um diagnóstico e uma modificação. Isso foi muito comum e não vou dizer que nos dias de hoje mudou porque eu acho importante dizer que nós avançamos no ponto de vista biomédico, avançamos muito, o Brasil voltou a surfar na onda da inovação, isso é importante pra gente, mas a maioria de nós, como cidadãos, ainda desconhece formas de transmissão, as formas de contato, não se precaver, desconhecem prevenção mesmo e aí, na minha opinião, por ignorância, continuam discriminando, como lá no início da epidemia.

**Entrevistadora:** Você acha que isso não mudou?

**Ativista 2:** Não mudou, eu ainda recebo as pessoas aqui, eu acho que é importante dizer que o caminho entre uma demissão, o caminho entre uma violação de direitos e o Grupo Pela Vidda [Niterói], ou uma outra instituição, é um caminho muito grande e difícil de ser percorrido. Poucas pessoas, mesmo conhecendo a nossa existência, são capazes de fazer esse trajeto. Por quê? Por medo de se expor. Então, ela vai se expor vindo até aqui, ela vai se expor quando decidir que, de fato, ela foi violada, que pretende acionar. Entende? Então é um trajeto pra poucas pessoas”.

A Ativista 2 deu o exemplo de um soropositivo que foi demitido e processou uma grande empresa bancária. Ele conseguiu a reintegração do emprego, mas voltou a trabalhar com a mesma gerente que o discriminou. Com isso, só conseguiu ficar no emprego por 5 dias e, com a pressão psicológica, pediu demissão, considerada legal pela justiça. Segundo a ativista, as

---

<sup>18</sup> Conjunto de decisões dos tribunais sobre determinada questão do direito.

empresas que contratam profissionais preconceituosos possuem “culpa *in elegendo*”, pois escolheram mal os seus representantes:

**“Ativista 2:** [...] Eu agora mesmo estou cuidando de uma pessoa, eu não fui a advogada dele, veio em busca exatamente porque se sente injustiçado e foi uma grande empresa, um grande grupo brasileiro. Ele me provou que foi violado, eu vi o processo, ele foi reintegrado...

**Entrevistadora:** Você conseguiu?

**Ativista 2:** Não, eu não fui a advogada dele neste caso específico. Ele foi reintegrado e foi colocado no mesmo lugar, ao lado da pessoa que o violou. Isso é reintegração? Ele não aguentou, ele conseguiu ficar 5 dias e pediu demissão, essa demissão foi considerada legal pela justiça. Isso é justiça? Isso é justo? Então esse indivíduo, desde esta época até hoje, ele vem sofrendo sequelas, consequências psíquicas dessa reintegração malfeita. Então é muito difícil, ele, hoje mesmo, ele não teria condições de ser reintegrado, porque ele hoje não está bem do ponto de vista psiquiátrico, não sei se é certo falar isso, é um grande grupo, um grupo conhecidíssimo de todos os brasileiros. Eu recebo, contei pra você nas nossas conversas, grandes instituições bancárias, destas que tem grande trabalho de responsabilidade social. Por quê? Por culpa, a gente chama de culpa *in elegendo*, a culpa de escolher mal os seus representantes. Se eu escolho mal o meu gerente, se eu escolho mal alguém que vai maltratar, que vai discriminar, que vai segregar, a culpa é minha como grande empresa, como empregadora e devo responder por isso. Então eu não ensino a contratar as pessoas, que as suas questões pessoais devem ser colocadas de lado, as suas escolhas, suas crenças pessoais...

**Entrevistadora:** Religiosas...

**Ativista 2:** Religiosas, sexuais e tudo”.

Após passar por essa discriminação, a PVHA não conseguiu trabalhar por questões psicológicas e está com um processo na Assessoria Jurídica da ONG, para tentar conseguir o Benefício de Prestação Continuada (BPC), garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), com o valor de 1 salário mínimo para os favorecidos. Segundo a Ativista 2:

**“Entrevistadora:** Como esse caso que você relatou da pessoa que foi reinserida no lugar de trabalho ao lado da pessoa que o demitiu.

**Ativista 2:** Que foi a que originou toda a discriminação.

**Entrevistadora:** E como que ele vai trabalhar ao lado dessa pessoa?

**Ativista 2:** E foi levada em conta e confirmada pelo STF que aquela reintegração foi válida. O indivíduo agora chega aqui sofrendo por uma decisão que foi arbitrária, que foi ilegal, que foi injusta.

**Entrevistadora:** E aí ele tem problemas...

**Ativista 2:** Não consegue mais trabalhar.

**Entrevistadora:** Não tem dinheiro pra sobreviver.

**Ativista 2:** Não tem dinheiro, ele perdeu o último emprego, porque ele não conseguiu mais trabalhar tamanho o sofrimento psíquico.

**Entrevistadora:** E não conseguiu LOAS, nem nada?

**Ativista 2:** Agora nós estamos nesse processo de busca de benefício. Está agendado agora, é um cliente recente, tá agendado agora para o dia 18, pra fazer a perícia médica do INSS. É um novo caminho, agora esperar essa...”.

No que tange aos processos relacionados à discriminação, não é em todos os casos que a Assessoria Jurídica da ONG acolhe e dá prosseguimento. Algumas vezes, o Grupo Pela Vidda Niterói ajuda as PVHA a abrirem um boletim de ocorrência, mas, no caso de discriminação no ambiente de trabalho, a ONG acolhe o pedido e dá prosseguimento para a construção do processo. Entretanto, há aqueles que, no meio do processo, aceitam um acordo financeiro, para que a ação não prossiga. A Ativista 2 dá o exemplo de uma PVHA que aceitou um acordo, porque não queria que a sua sorologia fosse revelada entre os bancários. Ele foi duplamente discriminado pela sua chefe imediata, por ser soropositivo e por ser homossexual. Apesar de estar bem fisicamente, mais uma vez os aspectos psicológicos fizeram diferença. Contudo, há também casos em que os soropositivos desistem de abrir processos contra os seus perpetradores:

“**Ativista 2:** Discriminação? Quando é que a gente aciona?”

**Entrevistadora:** Isso.

**Ativista 2:** Nem sempre, às vezes nós só fazemos o registro de ocorrência. Eu oriento, faço o registro de ocorrência, preparo aquilo, hoje a gente tem uma lei, Nº 12.984, antes a base era a Constituição, que é a base de tudo, né, de todo o nosso trabalho e alguns casos nós fazemos a ação. Hoje eu não tenho feito mais essas questões individuais, por exemplo, foi violado no ambiente lá da comunidade. Geralmente, quando essa pessoa chega, eu não vou colocar isso não, mas quando vem do trabalho, nós estamos sempre dispostos, mas o usuário é que, muitas vezes, não quer levar aquilo adiante, como naquele caso que eu te falei do grupo financeiro, que foi demitido e mesmo em uma situação grave, importante, consolidada ali, comprovada, ele trouxe isso pra mim, mas ele... Ele desistiu porque ofereceram um acordo por fora pra ele, se eu não me engano de 50.000 reais [...] Eu acho que ele aceitou isso porque ainda tem a história, eu sou uma bancária, todos eles se comunicam, são conhecidos. É uma preocupação dele de, depois, não conseguir outra colocação. Era um rapaz com uma ficha bacana, é uma história também importante, é bem capacitado...

**Entrevistadora:** Articulado...

**Ativista 2:** Muito, com uma ficha, inclusive com muitas oportunidades que deram a ele, foi uma gerente, em especial, ele é gay também, ela o discriminou, descobriu a questão da sorologia e ela ficou incomodada com ele, com a presença dele perto dela.



**Entrevistadora:** E ele teria total condições de continuar trabalhando e subir na carreira.

**Ativista 2:** Sim, perfeito, ele não tem nenhuma intercorrência, a saúde dele tava muito bem, ainda chegou aqui bem forte, porque tem as histórias em que as pessoas, nesses momentos de discriminação, fragilizam e aí fragilizam a saúde, porque o estresse é importante pra continuidade do tratamento, tá, então, quando ele acontece, ele fragiliza mesmo. E ele, aparentemente, pelo menos até aquele último momento que ele veio aqui, não parecia e ele sabe que recebeu o nosso respaldo pra fazer essa ação. Que eu fiquei do lado dele como eu fiquei ao lado desse outro rapaz também que ainda não voltou por uma série de motivos que, aquilo que eu te falei, que são muito mais presentes os conhecimentos dessas discriminações nos ambientes de tratamento, seja assistente social, o próprio médico, do que vir até aqui, como eu lhe falei, aquele longo percurso entre o atendimento médico, a casa deles e a instituição onde eles vão expor, de fato, suas preocupações, suas mazelas, suas dificuldades e se expor perante um processo judicial”.

As assistentes sociais ressaltam que, dentro da unidade de saúde, as PVHA procuram informações em como proceder em casos de violação no trabalho. Elas encaminham as dúvidas jurídicas para o Grupo Pela Vidda Rio. Contudo, esta ONG não conta hoje em dia com uma Assessoria Jurídica, indicando os lugares onde as PVHA podem conseguir esse auxílio:

**Assistente Social 1:** É, e aí, o que que acontece, algumas pessoas retornam e depois falam que não se sentiram bem acolhidas, assim, no sentido de que, acho que, assim, no encaminhamento, talvez, assim, eu fico imaginando também, talvez eles tinham uma expectativa de que lá fosse dar andamento, né, e aí quando eles saem, eles saem um pouco frustrados, que orientam eles a entrar com, ir na, acho que na sua área, eu acho que tem um local, eu acho que esse atendimento é regionalizado, ir lá e, enfim, dá as orientações básicas para a pessoa continuar caminhando. Eu acho que, nesse sentido, alguns ficam frustrados, entendeu, por conta dessa expectativa de...”.

Além do Grupo Pela Vidda Rio, as assistentes sociais também informam que as PVHA podem procurar um advogado particular, a Defensoria Pública, outras ONGs, ouvidorias, ou seja, todos os lugares que podem auxiliar essa população a procurar por seus direitos:

**Assistente Social 1:** Só pro Pela Vidda, mas também, assim, fala que a pessoa pode constituir um advogado, pode constituir independente, pode ir na sua região administrativa, enfim, as formas de se abrir um processo”.

**Assistente Social 2:** Encaminho, Defensoria Pública, ouvidoria, todos os lugares, as ONGs, o Pela Vidda, todos os lugares que eles possam recorrer aos seus direitos, isso não é problema. E estabelecemos contatos por encaminhamento por escrito e contato telefônico”.

A Assistente Social 1 também sugere que a desistência das PVHA na abertura de processos pode estar vinculada ao medo de se exporem e ficarem “queimadas” no mercado de

trabalho, como mencionado pelos soropositivos da unidade de saúde e pela Ativista 2. Segundo a entrevistada, esse medo pode deixar os soropositivos “vulneráveis” tanto na procura por emprego quanto nos postos de trabalho:

**“Assistente Social 1:** Eu acho que é o medo de se expor porque isso, de alguma forma, à medida em que você coloca isso pra frente, as pessoas ficam inseguras e aí, assim, a insegurança de depois ficar queimada no mercado, de ter mais dificuldade de conseguir. Tem um pouco dessa paranoia, dependendo do ramo da pessoa, né, ela fica com essa ideia de que, e aí, assim, durante algum tempo, hoje não tenho ouvido mais isso não, mas durante algum tempo eu ouvia também, assim, o medo de que se você fosse dispensado, se você vai para uma outra empresa, assim, que eu acho que isso é real, se a pessoa gerou um processo na justiça, isso fica, de alguma forma, lá e aí a outra empresa pode acessar. Então, aí eu acho que isso, de alguma forma, deixa as pessoas vulneráveis [...]”.

O medo da exposição nos processos também é relatado por um dos entrevistados do Grupo Pela Vidda Niterói (PVHA Homem ONG 3). A revelação do HIV no ambiente de trabalho provocou a demissão de alguns amigos que participam do movimento social de aids, mas outros aceitaram trabalhar em uma função inferior. Houve também aqueles que não suportaram a pressão psicológica da quebra do sigilo sorológico e pediram demissão. Como exemplo, o entrevistado cita o isolamento de um amigo em uma sala para que não tivesse contato com nenhum funcionário; situação semelhante relatada por outra entrevistada da ONG, onde a empresa a colocou em uma sala após retornar de licença médica. Mesmo com o isolamento, esse soropositivo não processou a empresa pelo medo da sua exposição no tribunal. O entrevistado disse que, hoje em dia, não tem problema em revelar a sua sorologia, mas acredita que essa atitude se deu em função da sua militância no movimento social de aids:

**“Entrevistadora:** E dentro do movimento jovem tem outras histórias de discriminação no trabalho que você já escutou?

**PVHA Homem ONG 3:** Tem, teve bastante, inclusive tem, assim, algumas sempre de ambiente militar, parecida com a minha, né, mas já tiveram alguns amigos nossos que foram demitidos por conta da sua sorologia ou foram expostos de uma maneira que continuaram a trabalhar, mas tiveram que fazer alguns serviços inferiores.

**Entrevistadora:** Alguns pediram demissão por isso?

**PVHA Homem ONG 3:** Sim, que ficaram tão constrangidos ao ponto que pediram demissão. E aí, mas eu acho que o pior foi quando o rapaz contou pra gente que ele foi posto pra trabalhar dentro de um local isolado porque não era pra ter contato com as outras pessoas. Tipo, ele trabalhava dentro do escritório, com todo mundo ali dentro, e quando descobriram que ele tinha HIV não demitiram ele, mas jogaram ele pra dentro de um canto que ele ficava isolado.

**Entrevistadora:** E o que que aconteceu, ele pediu demissão?

**PVHA Homem ONG 3:** Depois, ele pediu demissão com o tempo.

**Entrevistadora:** Ele processou, não?

**PVHA Homem ONG 3:** Não. As pessoas têm medo de processar por causa da exposição, elas acham que vão se expor e, querendo ou não, elas acabam se expondo, eu tinha muito medo disso. Hoje eu não tenho problema nenhum com a minha sorologia, eu tô pouco importando com o que as pessoas acham né, mas...”.

A questão da revelação de HIV/aids foi trabalhada ao longo dos anos por esse entrevistado. Mesmo participando do movimento social, foi só a partir de 2015 que começou a não se importar com a revelação do seu status sorológico, e, por isso, participou de um documentário, “E não ia dar em nada”, contando um pouco sobre a sua história de vida. Mesmo tentando manter segredo em anos anteriores, isso não foi possível porque o seu nome aparece atrelado ao processo na internet. Sem o pedido de “segredo de justiça”, qualquer pessoa pode descobrir o diagnóstico daqueles que estão processando em função de HIV/aids, violando o sigilo que é garantido por lei:

**“PVHA Homem ONG 3:** Mas foram 6 anos pra eu chegar assim. Por mais que seja o movimento de combate à aids, eu só vim pouco me importar com a minha exposição da sorologia em dezembro do ano passado, foi quando eu recebi o troféu, quando eu fui conhecer a ONG Amigos da Vida, que eu vi crianças HIV positivo que nunca pediram pra ter o HIV na vida e que as mães e os pais estavam insistindo pela vida deles. Eu fiz um vídeo no Palácio do Planalto, pro amigo meu que é da Presidência, que ele estava convidando pessoas HIV positivo pra dar depoimento, pra fazer um documentário chamado ‘E não ia dar em nada’, e aí eu falei, ah, vou falar, vou contar a minha história um pouquinho e esse vídeo circulou, o Brasil inteiro, as pessoas começaram a perguntar pra mim. E aí desde então eu não tenho problema nenhum com a minha sorologia, não tenho, mas foi o que te falei, uma construção, entendeu, porque antes eu via o meu nome no Google, que você pode botar [...] vai aparecer logo o meu processo dizendo o que que eu tenho, eu ficava super assustado. Imagina uma pessoa que não...”

**Entrevistadora:** E o segredo de justiça?

**PVHA Homem ONG 3:** Deveria ser, mas não tá não”.

No caso das PVHA ligadas ao Grupo Pela Vidda Niterói e que abriram processos em função da discriminação no trabalho, um dos entrevistados contou como a discriminação afetou a sua carreira na aviação civil. Além de perder promoções, a Aeronáutica “segurou” a sua carteira de saúde e, sem isso, não conseguia trabalhar. Por isso, processou a União e ganhou o processo:

**“Entrevistadora:** Então já saiu a sentença?

**PVHA Homem ONG 1:** Tudo, trânsito julgado, então, quer dizer, mas isso me prejudicou demais.

**Entrevistadora:** Então você me conta, assim, em quais sentidos te prejudicou, porque ela me disse...

**PVHA Homem ONG 1:** Promoção.

**Entrevistadora:** E você também perdeu a carteira, né?

**PVHA Homem ONG 1:** É, eu fiquei um tempo sem a carteira por esse motivo. Isso foi o caso do Ministério da Aeronáutica, o Ministério da Aeronáutica, por esse motivo, segurou o meu cartão de saúde e sem o meu cartão de saúde eu não podia trabalhar.

**Entrevistadora:** Mas isso eles não podiam fazer, né?

**PVHA Homem ONG 1:** Não, não podiam fazer, tanto que, no decorrer do processo, nós descobrimos que gente da Força Aérea Brasileira que tinha o mesmo problema continuava voando, continuavam trabalhando. No decorrer das investigações, dos processos, nós descobrimos que vários oficiais da Força Aérea Brasileira eram soropositivos e continuavam voando.

**Entrevistadora:** E você que não era...

**PVHA Homem ONG 1:** E eu, que não era oficial, como é que chama [...] Eu era civil, não era militar, eu não podia, mas o militar podia.

**Entrevistadora:** E vocês descobriram que outros também, pilotos comerciais...

**PVHA Homem ONG 1:** Outros pilotos não, eu não descobri, mas militares com certeza, está provado no processo que nós fizemos contra a União.

**Entrevistadora:** E você não conheceu outras pessoas que passaram por esse problema na aviação civil?

**PVHA Homem ONG 1:** Não, não, não, eu cuidava mais do meu problema”.

Esse processo durou de 15 a 18 anos, chegou até ao Supremo Tribunal Federal (STF) e está em execução. O problema foi o valor pago pela União, bem mais baixo do que o solicitado no processo e, por isso, estão recorrendo:

**“PVHA Homem ONG 1:** Não. Ah, 15 anos, 18 anos [...] Ainda não acabou.

**Entrevistadora:** 15 anos.

**PVHA Homem ONG 1:** É, eu ganhei até no Supremo. Já está em trânsito julgado.

**Entrevistadora:** Recorreram?

**PVHA Homem ONG 1:** É, agora estamos discutindo a quantidade, o que que eles têm pra me pagar.

**Entrevistadora:** E vocês pediram um valor ou não?

**PVHA Homem ONG 1:** É, foi calculado um valor e esse valor a União não concordou, obviamente. É como a União usou, eu tô dizendo que eles me devem mil e a União diz que me deve 200 reais, então o juiz mandou pagar os 200 reais e nós estamos discutindo a diferença.

**Entrevistadora:** Ah, mas então você não processou a [...] ou você processou a [...]?

**PVHA Homem ONG 1:** A União.

**Entrevistadora:** A União.

**PVHA Homem ONG 1:** A União, que foi ela que me prejudicou, foi ela que segurou o meu cartão de saúde e não pude trabalhar.

**Entrevistadora:** Ah tá, e a [...] você, ou alguém da [...]...

**PVHA Homem ONG 1:** Não tem nem como processar a [...]. A [...] faliu, né.

**Entrevistadora:** Ou então esse diretor aí que te breçou não foi...

**PVHA Homem ONG 1:** Não, não”.

Já outra entrevistada (PVHA Mulher ONG 2) está recolhendo todos os documentos necessários para a abertura do processo pela Assessoria Jurídica do Grupo Pela Vidda Niterói. Ela está há dois anos de licença médica e que gerou uma imensa perda financeira, pois recebia grande parte de sua renda por comissão e sem constar na carteira de trabalho:

**“Entrevistadora:** E você agora tá querendo processar a empresa?

**PVHA Mulher ONG 2:** Sim, tô pedindo ajuda pra doutora [...] verificar o que pode ser feito.

**Entrevistadora:** Depois de dois anos, né?

**PVHA Mulher ONG 2:** Porque eu continuo de licença médica. Eles me pagavam um valor e me davam por fora comissão, mas não assinava isso em carteira e começaram, foi o que te falei, a exigir que eu cumprisse funções que não eram a minha”.

No caso do entrevistado que trabalha na Aeronáutica, o primeiro processo, em 2013, foi para a reintegração ao posto de trabalho. O segundo processo, ainda em tramitação, é para conseguir a reforma, uma espécie de aposentadoria em função de HIV/aids. Mesmo querendo permanecer nas Forças Armadas, a discriminação em função do HIV dentro do quartel foi a

motivação para o pedido de reforma:

**PVHA Homem ONG 3:** O processo agora é reforma. Eu venci na primeira instância, inclusive, quando eu venci teve várias conversas dentro do quartel voltando a dizer... me chamando de querer, de deitão, de vagabundo, por querer me encostar às custas do governo, só que ninguém vê o meu histórico, né, que eu queria continuar a carreira, que eu tentei diversas vezes e aí por causa de uma sorologia que mata, por causa do preconceito, por causa da discriminação, eu não consegui crescer na minha vida.

**Entrevistadora:** Mas agora você quer aposentadoria, mas continuar...

**PVHA Homem ONG 3:** Não, não quero, se eu pudesse sem aposentadoria, sem nada, eu ia embora daquele lugar, foram tantas feridas, foi tanta coisa ruim que eu passei, tantos momentos desagradáveis, que hoje em dia eu não quero ficar lá. Eu não quero dar satisfação da minha vida a ninguém, eu não quero que as pessoas fiquem mencionando que eu tô com HIV, porque eu dei o cu ou porque, sei lá.

**Entrevistadora:** E aí se você conseguir a aposentadoria, você sai de lá, mas você quer outras coisas da sua vida?

**PVHA Homem ONG 3:** Claro, quero, quero progredir, quero continuar estudando, quero me dedicar ao movimento social, que é uma coisa que eu tenho muita vontade de me dedicar fielmente, eu já sou consultor dessa ONG ‘Amigos da Vida’, que é em Brasília”.

Em relação ao andamento do processo, o entrevistado disse que já venceu na “primeira instância”, na justiça comum, ou seja, o processo foi julgado procedente, mas a Aeronáutica recorreu e, por isso, ele será avaliado na “segunda instância” por outro juiz, também chamado de desembargador<sup>19</sup>. Ao todo, o entrevistado está há dois anos esperando o julgamento final do processo. Entretanto, ele é constantemente acusado no quartel de querer dar “um golpe” no governo brasileiro, em função do pedido de reforma:

**PVHA Homem ONG 3:** O processo, eu venci na primeira instância, ficou um ano parado e eu venci na primeira instância, agora já está um ano parado, pra entrar em pauta pra julgamento da segunda instância.

**Entrevistadora:** Mas é Tribunal... não é militar não, né?

**PVHA Homem ONG 3:** Não, não, se fosse o caso militar eu não ganhava, já tinham me mandado embora. É o que eu falei, eles estão pouco se lixando, muito menos os comandantes do meu quartel tão nem aí [...] Tá parado na segunda instância há 1 ano já.

**Entrevistadora:** E depois que passar pela segunda instância?

---

<sup>19</sup> Para uma maior compreensão dos tribunais brasileiros, acessar a página do Conselho Nacional de Justiça: <<http://cnj.jus.br/noticias/cnj/59220-primeira-instancia-segunda-instancia-quem-e-quem-na-justica-brasileira>>.

**PVHA Homem ONG 3:** Se der o transitado julgado, aí acabou, volta pra primeira instância e eu vou ser reformado, a Aeronáutica tem que me reformar. Só que eles vão enrolar, né, eles querem, não tão nem aí, eles querem que eu desista.

**Entrevistadora:** Mas aí você não vai desistir, né?

**PVHA Homem ONG 3:** Não vou, já pensei bastantes vezes, já pensei muito.

**Entrevistadora:** Você já pensou, já pensou e...

**PVHA Homem ONG 3:** Porque é muito chato você conviver com pessoas que ficam te olhando de rabo de olho o tempo inteiro, achando que você quer dar um golpe pelo fato de você ter HIV e querer a sua reforma”.

Entre os entrevistados do grupo focal que acessam a unidade de saúde pesquisada, somente um entrou com processo trabalhista, mas não em função da discriminação por HIV/aids. Já outra entrevistada, não se interessou em abrir a ação por discriminação, porque considerava o seu chefe um amigo:

**“Entrevistadora:** Só ele ameaçou processar? Ninguém mais? Você processou por questões trabalhistas?

**PVHA homem UD 5:** Isso, trabalhistas.

**Entrevistadora:** Não foi por ser HIV?

**PVHA homem UD 5:** Não, não.

**PVHA mulher UD 1:** O meu patrão ficou com medo, mais de dois anos porque eu era secretária da [...], então não podia ser demitida. Entendeu, então ele achava que eu ia entrar com uma ação. Entrei não, mais valia a amizade”.

### 5.2.6 A perícia médica

Outro espaço de discriminação vinculado ao trabalho é a perícia médica, sobretudo a do INSS. Ela é necessária para que as PVHA possam solicitar o auxílio-doença ou a aposentadoria por invalidez. Todavia, passar pela perícia não é fácil, pois os médicos peritos costumam avaliar o paciente de forma objetiva, observando os aspectos clínicos do solicitante, como a carga viral, CD4<sup>+</sup><sup>20</sup> e a aparência física, de forma geral.

Em 2014, foi implementada a Resolução Nº 416 do INSS, para ampliar a avaliação da

---

<sup>20</sup> Segundo o glossário da Aidsmap: **carga viral** é a medição da quantidade de vírus numa amostra de sangue e o **CD4<sup>+</sup>** é uma célula do sistema imunológico que contém moléculas na superfície às quais o HIV pode se ligar. A contagem das células CD4<sup>+</sup> reflete, aproximadamente, o estado do sistema imunológico. Disponível em: < <http://www.aidsmap.com/Glossario/page/2419429/>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

perícia médica para HIV/aids, Hanseníase e Tuberculose. Foi desenvolvido um manual para os peritos médicos, que contemplou os aspectos do estigma e da discriminação, além das barreiras psicossociais. O problema, segundo a Ativista 2, é que a avaliação dos peritos é falha porque analisam da mesma forma todas as PVHA, mesmo aqueles com distintos períodos de infecção. Segundo a entrevistada, quanto maior é o tempo de uso dos antirretrovirais, maiores são as chances de sequelas. Contudo, a grande maioria dos peritos desconhece a nova resolução, por falta de informação, sendo necessário capacitar ou sensibilizar estes profissionais para uma avaliação correta, no momento da perícia:

**“Entrevistadora:** E aí você acha que é uma falha do médico que está avaliando o caso?

**Ativista 2:** Eu acho que é um conjunto de falhas, Carla, porque há um equívoco nacional, no sentido de que as pessoas desconhecem, mesmo um profissional médico. A aids hoje tem tratamento e tá tudo muito bem, aí quem toma, tem uma doença crônica e as pessoas ainda dizem, como quem tem diabetes ou pressão alta. Não é real, nós avançamos muito, nós temos todo esse conhecimento biomédico e científico de tratamento precoce, pra quem nunca teve nada, mas existem pessoas com um longo tempo de infecção, longo tempo de uso de medicamentos e tem sequelas, tem comorbidades e isso deixa, traz, pode trazer incapacidade. É de pessoa a pessoa e essa análise, de forma individualizada, é que deixa de ser feita por muitos médicos assistentes e pelos peritos médicos do INSS, que em sua maioria negam benefícios de uma situação que é clara, sabe.

**Entrevistadora:** É que teve uma nova reformulação da perícia médica pra aids, hepatites e tuberculose. E questões psicológicas...

**Ativista 2:** Hanseníase e tuberculose. Aids, hanseníase e tuberculose.

**Entrevistadora:** E teve questões psicológicas que foram colocadas.

**Ativista 2:** Sim, as novas diretrizes são maravilhosas. É o que eu digo, nós precisávamos da Lei 9.313, de garantia de medicamentos para pessoas vivendo com HIV e aids? Não. Por quê? Porque eu tenho a Constituição, que o Artigo 196 fala: ‘Saúde é direito de todos e dever do Estado’. Quem faz isso? Na prática, não é pra todos. Mesma maneira as leis também, muitas delas [...], a própria Constituição é desconhecida da grande maioria das pessoas. Mesmo os peritos médicos, mesmos os técnicos do INSS não conhecem essa nova Norma.

**Entrevistadora:** Então teria que ter um...

**Ativista 2:** Então, problema de informação que eu sempre ressalto. Não adianta eu ter uma lei se ela é desconhecida do destinatário ou de quem deveria beneficiar aquela pessoa. É a mesma coisa que inexistência.

**Entrevistadora:** Teria que ter uma capacitação desses profissionais, dos peritos?

**Ativista 2:** Essa é uma das nossas ideias. Uma das nossas atividades, que é



paralela à atividade da oferta da Assessoria Jurídica é atividade de *advocacy*, que é exatamente a incidência política em ambientes que podem favorecer a criação de novas políticas, criação de novas leis ou ampliação. A nossa proposta é oferecer uma capacitação para os peritos médicos. Aí você diz assim, outro problema a ser enfrentado, médicos ou advogados, muitas vezes, mas vamos falar de médicos, não aceitam ser capacitados, eles já são capazes, então eles precisam ser, na verdade, sensibilizados a uma nova realidade. Um fato ali naquele manual fala, inclusive, sobre a ocorrência de discriminação no ambiente de trabalho dizendo que isso deve ser levado em conta na hora da concessão do benefício. Aí eu lhe digo, existem peritos, como existem médicos assistentes, que nem olham para o paciente.

**Entrevistadora:** Já nega”.

No momento da perícia, os exames laboratoriais são avaliados pelos médicos, sendo o principal objeto para a concessão do auxílio-doença e da aposentadoria. Porém, os peritos não levam em consideração as doenças oportunistas e o tipo de trabalho que as PVHA realizam, podendo prejudicar a avaliação. HIV/aids pode debilitar as PVHA de forma distinta, além de acarretar problemas psicológicos de cunho individual. O problema é que os peritos não avaliam as particularidades de HIV/aids em cada pessoa, reproduzindo um consenso sobre a doença no momento da perícia:

“**Ativista 2:** Como é que ele vai fazer uma pergunta dessa complexidade? Ele não vai fazer, ele vai pegar, vai olhar o paciente, mesmo que a norma diga, esquece CD4, esquece a carga viral e olha pra aquele indivíduo como um todo, ele simplesmente vai olhar o CD4, olhar a carga viral, ‘você está ótimo para trabalhar’. Eu conheço várias pessoas que chegavam aqui que não sobem essa escada o médico diz, não, você está ótimo, o seu CD4 está em 500, você está com a carga viral indetectável e o indivíduo tá com uma hemiplegia e ele é gari... Entende, uma pessoa que trabalha nos serviços manuais. Como é que ela vai ser equiparada a um indivíduo que não depende destas habilidades para o exercício das suas funções? Que é a questão. Hoje que a gente avançou pro distanciamento da doença pra funcionalidade e a gente não aprendeu nada sobre isso, muito menos os médicos peritos. Essa é a ideia, que a gente possa compreender que uma doença em mim aja de uma maneira e em você aja de outra, ainda que tenhamos habilidades, vamos dizer, iguais, e tenhamos sido cometidas, por exemplo, da mesma dificuldade, uma neuropatia, por exemplo, mas eu tenho uma capacidade de me transformar muito maior do que a sua, eu recebo essa novidade numa boa e continuo trabalhando, você não, pra você acabou, pra você, você entrou em depressão e você entendeu que você não consegue mais e não quer mais. Isso tem que ser levado em conta”.

“**Ativista 1:** É porque, assim, o que que eu expliquei antes porque eu estava esperando a Previdência publicar as novas diretrizes, que ela mesmo assume que a aids é uma doença crônico-degenerativa. Então as novas diretrizes, lindo e maravilhoso, que é uma doença crônico-degenerativa. Ora, se você tem uma patologia crônico-degenerativa, você contribui 30, 35 anos, agora com o fator previdenciário, que tem que somar, dá, se eu não me engano, 85 e 90, ninguém com aids vai se aposentar. Pra começar, você tem a questão do envelhecimento precoce causado pelo vírus etc. e tal, e eles concordaram. Eu acredito, que se

tudo correr bem, ano que vem a gente consiga resolver isso. Agora também não adianta eu criar um mecanismo pra pessoa se aposentar mais cedo, se ela não vai ter acesso ao mercado de trabalho, que uma coisa depende da outra. Aí eu coloquei a proposta no Ministério do Trabalho, falei com outras empresas, e...”.

Apesar de todas as questões envolvendo os peritos médicos, há relatos de profissionais de saúde que perceberam que algumas PVHA chegaram a interromper o tratamento para adoecerem e, assim, conseguirem o benefício. A Assistente Social 1 deu o exemplo de um usuário do serviço de saúde que parou com os antirretrovirais, ficando cego em função de uma doença oportunista (neurotoxoplasmose) devido a sua baixa imunidade:

**“Entrevistadora:** Entendi. E também tem pessoas que deixam a imunidade cair pra conseguir o benefício.

**Assistente Social 1:** É verdade, às vezes dá tempo de conseguir o benefício e ainda preservar, assim, a saúde, mas às vezes... Teve um rapaz aqui que ele acabou ficando cego, teve uma neurotoxoplasmose e realmente ficou cego e, assim, essa história, durante anos investia nessa ideia de que tinha que ter um benefício, que é direito...”.

A busca pelo benefício está associada à autodiscriminação, no caso exemplificado, pois o soropositivo acreditava que não conseguiria uma colocação no mercado de trabalho. Contudo, para a Assistente social 1, a dificuldade está na sua baixa escolaridade e na falta de interesse desse usuário em se qualificar:

**“Entrevistadora:** Mas por quê? Porque é direito ou porque ele falava que não conseguia emprego...

**Assistente Social 1:** É, aí, eu acho que, assim, vem, tô com um, como é que vou te falar, um arsenal de justificativas, ah, depois dessa doença é difícil conseguir emprego, é difícil, eu estudei pouco, não sei o que, mas, também, assim, você percebe, não faz nenhum movimento pra tá, estudou pouco, mas existe uma educação de adultos, né, o que você tá fazendo, qual, enfim, então a pessoa meio que paralisa e aí esses discursos, é como se fosse, assim, essas situações colam, aí é porque estudou pouco, tem pouca qualificação, porque tá com HIV e todo mundo tem preconceito, na verdade é meio que, assim, uma autodefesa que a pessoa acaba criando pra reagir”.

Durante a observação participante nos grupos de convivência, realizado quinzenalmente na sala de espera da infectologia da unidade de saúde, foi observado um usuário que estava extremamente magro, adoecido pela aids. Ele foi internado e, depois de algum tempo, conseguiu receber um benefício (BPC)<sup>21</sup>. Para isso, três meses antes da perícia médica do INSS,

---

<sup>21</sup> Em uma das rodas de conversa, ele contou que estava empregado em uma rede de supermercado, mas ficou em depressão e após seis meses sem trabalhar e recebendo o salário, foi dispensado. Depois trabalhou em uma rede de cafeterias como entregador e era constantemente discriminado pela sua orientação sexual. Ao apresentar o

ele decidiu parar de tomar os antirretrovirais e deixou a barba e o cabelo crescer. Ele conseguiu agendar a sua perícia com uma médica que está sensibilizada em relação aos pacientes com HIV/aids. Ela concedeu o benefício por tempo indeterminado, tendo que comparecer ao banco onde recebe o benefício periodicamente para fazer a “prova de vida” (através da biometria). Essa PVHA tem 37 anos e afirma que, psicologicamente, não consegue trabalhar, além de ter desenvolvido diversos problemas de saúde em decorrência da aids e por tomar hormônio feminino, evidenciado em sua pele.

Outro exemplo de autodiscriminação relacionado à perícia médica do INSS é mencionado pelo infectologista entrevistado. Para ele, os soropositivos têm que internalizar HIV/aids como uma “doença como outra qualquer” e, assim, só aqueles “inválidos” para o trabalho devem conseguir a aposentadoria. Já os outros, que estão debilitados no momento da perícia, devem ficar licenciados por um determinado período para, depois, voltarem para os seus postos de trabalho:

**“Infectologista:** É, de atitude mesmo. E aí, assim, essa discriminação, ela, vamos dizer assim, a gente sair de uma situação de vítima pra, olha, nós somos normais, a gente tem uma doença como outra qualquer, a gente tá tratando, enfim. E aí, tecnicamente, não existe mais justificativa, o INSS não aposenta mais quem tem HIV, o imposto de renda não dá isenção pra quem tem HIV, tem que ter uma condição de aids, você tem que estar doente e inválido pro trabalho pra ter aposentadoria. Então, se você tá muito doente, você é licenciado, você vai se tratar e você vai voltar a ter saúde. Então qual é a expectativa de vida dos pacientes? É morrerem de velhice, com uma vida normal”.

Em relação às PVHA vinculadas ao Grupo Pela Vidda Niterói, diversos foram os constrangimentos no momento da perícia médica. Segundo uma entrevistada, o perito que a avaliou não queria validar os documentos que ela apresentou, principalmente o laudo do psiquiatra, em função da síndrome do pânico. Além disso, o perito deixou claro que, para a sua avaliação, o trabalhador que passou por cirurgia tem uma maior probabilidade de conseguir o auxílio-doença:

**“Entrevistadora:** E de benefício, você conseguiu o vale transporte só?

**PVHA Mulher ONG 2:** E o auxílio-doença por enquanto, eu estou tendo os laudos, né, do psiquiatra e tudo.

**Entrevistadora:** Você vai ter que refazer o...

---

atestado médico da infectologia, a dona da empresa começou a ficar desconfiada em relação a HIV/aids e, mais uma vez, foi demitido. Ele era um transexual, trabalhou por 10 anos como profissional do sexo na Itália, mas decidiu tornar a se vestir como homem. Para a Assistente Social 1, essa decisão foi para uma maior aceitação social e para conseguir acesso ao mercado de trabalho.

**PVHA Mulher ONG 2:** A cada três meses eu vou fazendo.

**Entrevistadora:** A cada três meses?

**PVHA Mulher ONG 2:** Já vai fazer dois anos.

**Entrevistadora:** Dois anos, de três em três meses, você tem que ir ao INSS. Deve ser complicado, né? Sempre com o mesmo perito ou com o perito diferente?

**PVHA Mulher ONG 2:** Sempre com o mesmo perito.

**Entrevistadora:** E ele fala alguma gracinha pra você?

**PVHA Mulher ONG 2:** Muitas, muitas gracinhas.

**Entrevistadora:** Que tipo de gracinha?

**PVHA Mulher ONG 2:** A primeira gracinha que ele falou comigo, não me interessa esse monte de papel não. Fez alguma cirurgia? Aí eu, na primeira vez, não, eu tô aqui porque eu tô com o diagnóstico de síndrome do pânico e tô sendo tratada, ah, você sabe que, aí eu tava falando que eu tava com muita dor de cabeça e investigando as dores de cabeça e tal.

**Entrevistadora:** Mas também você contou que tem HIV?

**PVHA Mulher ONG 2:** Sim, aí ele olhou pra mim e falou assim, você sabe que isso é eletivo né, eu nem sabia o que era eletivo e que não era porque eu estava com indicação de cirurgia pro nariz, depois que eu descobri que é por causa do dente, eu tive uma perfuração óssea no seio nasal. Então as minhas dores, aquela coisa que eu ainda tô com ele, tive que refazer a cirurgia e tudo. Aí depois disso tudo, ‘eu não podia nem te dar nada pelo o que tá escrito aqui, eu vou ver o que posso fazer por você’, aí foi lá dentro, não sei o que lá e me deu o papel. Aí depois disso eu tive que fazer cirurgia, duas cirurgias até...

**Entrevistadora:** Por causa desse problema?

**PVHA Mulher ONG 2:** Um daqui, outro daqui e a cirurgia de lipodistrofia, que eu tava como uma hérnia e com lipodistrofia, aí ele olhou pra mim, eu fui dar o papel, ele: ‘Tá com o curativo aí? Deixa eu ver’. Aí eu, tá, peguei, abaixei pra mostrar pra ele. Até assim a gente é tratado lá”.

Já outro entrevistado lembrou como a sua sorologia foi divulgada durante o encaminhamento para a perícia médica da Aeronáutica, no CEMAL. A revelação do diagnóstico ocorreu tanto para a sua chefia direta do quartel quanto para os oficiais de maior patente. A violação aconteceu durante o percurso do seu encaminhamento para o trabalho administrativo no quartel:

**“PVHA Homem ONG 3:** Entendeu? Você tem que ir pro CEMAL, eu não posso te falar de boca, mas pra você ir pro CEMAL, a sua unidade, a seção de pessoal da sua unidade [...] tem que mandar um documento pro CEMAL. Quer dizer, não partiria apenas do médico, teria que ser o meu quartel mandar, mas

só que nessas situações, depois eu aprendi isso, óbvio que eu já sabia do sigilo, mas eles não poderiam discriminar que era uma pessoa com HIV que iria fazer um exame no CEMAL, só que a Tenente falou assim pra mim: Eu posso falar pra eles que você tá com um problema de saúde e que você precisa receber um ‘rádio’? [...] Ela perguntou isso pra mim e eu falei assim, olha, não, tudo bem, só não conta que eu tenho HIV porque eu acho que ainda não é o momento de explicar isso dentro do meu trabalho. Não, não se preocupe, eu só vou dizer só pra eles que você tem um problema de saúde, que eles precisam fazer esse documento pra pedir a sua perícia e aí eu falei, então tá bom. Quando foi eu acho que uns dois dias depois aí essa Tenente que eu tinha contado, a primeira, a K. chegou pra mim e falou assim, [...] é o seguinte, de manhã, isso logo cedo, assim que eu cheguei ao trabalho, vou te contar o que está acontecendo, a Tenente A. chegou pro Capitão C., que é o chefe da seção, encarregado da seção de pessoal militar, contou pra ele da tua situação, sua condição sorológica pra eles fazerem um ‘rádio’. Rádio é um documento oficial da Aeronáutica que encaminha o aviso pra outra unidade, por exemplo, dentro do ambiente militar só se comunica com outra unidade através desses documentos chamados de rádio, entendeu?

**Entrevistadora:** Ah, tá.

**PVHA Homem ONG 3:** Eu preciso que faça uma inspeção de saúde do [...] aí manda esse documento pro CEMAL, que é chamado de rádio, com o meu nome e aí a Tenente A. contou para o encarregado da seção de pessoal que você tinha o HIV. Ele se achou na incumbência de contar pro chefe dele, que era um Major, chefe da seção, o Major achou na incumbência de contar pro Comandante do Quartel, que era o Coronel [...] e aí chamaram o subcomandante, ficaram os quatro conversando sobre a sua sorologia dentro da sala e entrou uma Tenente na sala, ouviu na hora que falaram que você tinha HIV e, simplesmente, foi contar logo pra chefe da nossa seção, que era a Tenente R., e aí todos os oficiais souberam naquele dia e aí foi o primeiro contato que eu tive com a discriminação, porque eu vi os olhares das pessoas, eu tive vergonha. Até então, eu vivia no anonimato, eu não queria que ninguém soubesse da minha sorologia e aí depois foi aumentando, aí nesse dia, nesse próprio dia que eu cheguei ao quartel, essa Tenente R., eu tinha mais tempo com ela de trabalho do que com a K., ela chegou pra mim e perguntou assim: Por que você não me contou o seu problema? Eu falei, porque eu acho que não era necessário, eu não tenho que contar pra ninguém. Acho que a primeira pessoa que eu tenho que contar é a minha mãe, depois a minha família toda, não são vocês do meu trabalho, eu não devo essa satisfação da minha vida particular pra ninguém aqui dentro, não só ela fez isso comigo, de me levar dentro do arquivo, que era um local mais reservado pra conversar, mas outra oficial também fez isso, aí no final tem aquele mimimi né, não, porque a gente tá aqui pra te dar apoio, não sei o que, mas fizeram esse constrangimento comigo, de me levar sozinho pra perguntar da minha vida, coisa totalmente desnecessária, hoje eu vejo dessa forma”.

O entrevistado acredita que foi discriminado porque os peritos médicos do CEMAL não levaram em consideração os laudos de outros médicos fornecidos por ele, além de focarem no aspecto físico e não na avaliação da sua saúde de forma geral. Ele teria que apresentar uma aparência de adoecimento da aids, com uma magreza extrema, chegando a ser, para o entrevistado, uma forma de racismo, em função do tipo de avaliação da perícia:

**“PVHA Homem ONG 3:** Depois da discriminação, desde o momento que eu voltei pra lá, foi a pior coisa que aconteceu. E aí eles olham pra mim falam assim, os médicos da Aeronáutica, os peritos, aparentemente você está bem, você está ótimo, você está gordo, você está corado.

**Entrevistadora:** Então eles só veem o por fora? Os exames?

**PVHA Homem ONG 3:** Não, estão pouco se importando, é o que eu falo, infelizmente, ou felizmente, sei lá, acho que infelizmente eles têm uma visão totalmente preconceituosa e posso dizer até que é racista porque parece que quem tem uma fisionomia, quem é magro, quem é um pouco mais abatido, né, quem não tem tanta beleza, aquela pessoa é doente; agora, se você é branco, se você, aparentemente, você tem uma beleza, né, não vou dizer que sou um cara tão feio, mas, assim, eles me olham...

**Entrevistadora:** Mas você não é magro, você não é aquele...

**PVHA Homem ONG 3:** Não sou magro, estou gordinho, então, quer dizer, eu tô ótimo, tô pleno de saúde. Agora, se eu fosse magro, se tivesse uma aparência mais cansada, aí não, ele tem cara de doente. Eles olham você pelo seu perfil”.

### 5.3 O ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PVHA ENTRE OS ENTREVISTADOS

Ao longo do trabalho, foram reunidos os relatos para a construção da percepção do processo de discriminação no ambiente de trabalho pelos soropositivos, ativistas e profissionais de saúde entrevistados. Em seguida, foi necessária a investigação do acesso à informação sobre os direitos das PVHA.

#### 5.3.1 O entendimento sobre o acesso à informação e os direitos entre as PVHA

Nesta seção, aborda-se o entendimento das PVHA entrevistadas em relação aos direitos adquiridos para sua proteção, como também o acesso a esse tipo de informação. O direito à informação, tratado nessa seção, é em relação ao sentido mais amplo do termo, abarcando diversos aspectos da vida das PVHA:

**“Entrevistadora:** Na verdade quando eu falo direitos, gente, eu acho que, assim, o que vocês entendem por direito, porque cada pessoa pode entender...

**PVHA homem UD 2:** De uma maneira.

**Entrevistadora:** É o meu direito ao medicamento, é o meu direito ao auxílio-doença, o meu direito a retirar o FGTS quando sou diagnosticada...

**PVHA homem UD 2:** Direito à informação.

**PVHA homem UD 3:** Passagem, salário, essas coisas todas.

**Entrevistadora:** Direito à informação. É o direito no sentido mais amplo do que pode ser, né [...]”.

Segundo os entrevistados, as informações sobre os direitos das PVHA são passadas pelas assistentes sociais na unidade de saúde. Para eles, cabe aos infectologistas somente avaliar as condições de saúde dos usuários do serviço em função de HIV/aids e, com isso, os problemas para além dessa especialidade não são analisados por estes médicos. Assim, muitas PVHA não conseguem tratamento para todos os problemas de saúde e, quando conseguem, é com um médico particular:

**“Entrevistadora:** Mas os médicos daqui não encaminham vocês, assim, ah, se você quer saber sobre isso, então vá procurar a assistente social. Eles nem isso falam?

**PVHA homem UD 2:** Agora sim, eu que sou novo aqui, eu tô com meses aqui ainda, mas elas me deram informações, por exemplo, o meu médico, até gosto dele, mas eu sinto uma pressão aqui desse lado aqui, uma queimação dentro. Quando você respira, eu falo pra ele, aí falo: O que que será isso? Eu tô aqui pra cuidar...

**Entrevistadora:** Do HIV, não de outras questões.

**PVHA mulher UD 1:** Aqui é só medicamento, porque eu já sofri muito isso. Se não fosse o meu plano”.

Entre aqueles vinculados à ONG, o acesso à informação sobre os direitos ocorreu de forma distinta. Para um dos entrevistados, que descobriu o diagnóstico de HIV na década de 1990, a busca por informações ocorreu de forma individual, quando diversos problemas de saúde apareceram em sua vida:

**“Entrevistadora:** E quando você soube do seu diagnóstico, alguém te passou alguma informação?

**PVHA Homem ONG 1:** Não, não passaram, os problemas foram aparecendo e eu comecei a procurar soluções para os problemas.

**Entrevistadora:** Isso foi mais ou menos quando?

**PVHA Homem ONG 1:** Ah, 1992, por aí, 92, é”.

Outro entrevistado mencionou que o médico que entregou o seu diagnóstico passou informações sobre os seus direitos, além de falar sobre a possibilidade de reforma militar dentro da Aeronáutica, sendo permitido para as PVHA, segundo o estatuto das Forças Armadas. No caso da reforma, o militar consegue ainda subir de patente e, com isso, um aumento salarial,

antes de parar de trabalhar. Além disso, o médico informou sobre o direito a tratamento e assistência à saúde, englobando diversos aspectos, como o tratamento psicológico e o auxílio de assistentes sociais:

**“PVHA Homem ONG 3:** Falou, ele falou, os direitos que eu tinha, né, o que que ele falou, sobre a possível reforma e aposentadoria dentro do ambiente militar, porque o estatuto dos militares, ele é bem claro, diz que qualquer portador do HIV, assintomático ou não, tem direito à reforma imediata com grau superior hierárquico, né, acima. Que eu poderia procurar a justiça, que eu teria direito também ao tratamento médico tanto quanto a parte medicamentosa, quanto à assistência social, a psicologia, realmente fez o contato com a assistente social, eu já saí do ambiente ali do consultório, já pra falar com a assistente social. Assim, não foi um dos melhores atendimentos, mas eu acho que em vista de muita gente que eu conheço...”

No entanto, o empoderamento desse entrevistado aconteceu por conta de sua participação no movimento social de HIV/aids. O Grupo Pela Vidda Niterói foi a primeira ONG em que ele trocou experiências com outras pessoas HIV positivas. Ele esperava encontrar um grupo de apoio, como os “alcoólicos anônimos”, mas na primeira reunião que participou foram apresentados dados epidemiológicos sobre HIV/aids no estado do Rio de Janeiro. A partir dessa aproximação com a ONG, o entrevistado conseguiu fazer novos amigos, começou a militar na rede de jovens HIV positivos e a participar das reuniões de órgãos importantes, como o GT UNAIDS Brasil, entre outros, além de ganhar o “troféu solidariedade”, pelo reconhecimento do seu trabalho em nível nacional:

**“Entrevistadora:** E você acha que entrar para o movimento jovem te empoderou de alguma forma?

**PVHA Homem ONG 3:** Claro, sem dúvida, foi o meu primeiro braço, que me abraçou de fato ali foi o movimento jovem. Foi a primeira reunião, como eu te falei, foi no Grupo Pela Vidda Niterói. Eu fiquei super com medo, eu achei super constrangedora também a reunião, porque eu nunca tive esse contato com pessoas vivendo com HIV positivo, que nem eu, mas eu cheguei com muita ansiedade de desabafar, falar o que estava acontecendo comigo, que eu tinha descoberto aquela doença e acabou que não rolou muito essa interatividade porque era uma reunião mais política, vinha alguém da Secretaria de Saúde pra falar sobre dados. **Pô, eu estava descobrindo o mundo da aids agora, pouco importava quantos dados de pessoas tinha aqui no Rio de Janeiro com HIV, eu queria apenas um local, como uma roda de alcoólicos anônimos que queria conversar um pro outro e não teve isso.** Mas o meu primeiro contato foi aquele ali e aí através dessa reunião eu fiz alguns grandes amigos que eu mantenho até hoje, que fizeram esse laço comigo de amizade e foram me ensinando aos pouquinhos. E aí quando eu me vi, eu já estava dentro do movimento já, defendendo os direitos dos HIV positivos, viajando, dando palestra, até o ponto que agora eu ganhei um troféu, ano passado, o troféu solidariedade por causa desses anos todos, né. Aí não parti só de uma militância no estado do Rio, mas foi uma militância nacional, com a Rede Nacional de Jovens, já participei de uma comissão dentro do



Ministério da Saúde, quer dizer, algumas comissões, com a CNAIDS<sup>22</sup>, né, Comissão Nacional de DST Aids, como GT UNAIDS, que é do UNAIDS” [grifo nosso].

Quando as PVHA conseguem ter um entendimento sobre os seus direitos, isso pode ser um fator para utilizá-los para o acesso à saúde, como, por exemplo, uma das pessoas entrevistadas ligada à ONG utilizou o seu FGTS para conseguir pagar por diversas intervenções ocasionadas pela lipodistrofia (na barriga e na boca):

**“PVHA Mulher ONG 2:** O plano de saúde não quis pagar. Eu que tive que tirar dinheiro do meu FGTS na época e paguei.

**Entrevistadora:** Aí você retirou o FGTS quando você ficou sabendo?

**PVHA Mulher ONG 2:** Tirei.

**Entrevistadora:** Que é um direito seu.

**PVHA Mulher ONG 2:** Sim. Eu tive aqui no abdômen, aqui, e tava, assim, muito inchado para um lado e eu não tinha digestão direito e ainda tinha tipo uma hérnia, aí eu tive indicação por dois médicos e a dentista também dizendo que eu tenho que fazer aqui um preenchimento por causa da mordida”.

Houve relatos distintos em como os entrevistados conseguiram chegar até a Assessoria Jurídica do Grupo Pela Vidda Niterói. Um deles apontou o auxílio fundamental do seu médico, indicando a ONG. Já outra entrevistada relatou uma busca solitária para conseguir o acesso aos seus direitos, lendo sobre a ONG na internet e conseguindo informações importantes com outros usuários do serviço de saúde onde realiza o tratamento, como a possibilidade em conseguir o transporte gratuito, não mencionado nas consultas médicas:

**“PVHA Homem ONG 1:** Como é que eu cheguei no Grupo Pela Vidda? Porque o médico que me trata, que é um médico muito conhecido, que é o doutor [...] aqui de Niterói, não sei se você conhece.

**Entrevistadora:** Já ouvi falar.

**PVHA Homem ONG 1:** É, o doutor [...] me fez chegar a [Ativista 2] e foi por intermédio da [Ativista 2] e muita luta dela, eu ajudei em alguma coisa, mas o mérito é dela, nós conseguimos ganhar até no Supremo Tribunal Federal”.

**“PVHA Mulher ONG 2:** Então, eu sabia que existia um órgão, que era o Grupo Pela Vidda [Niterói], que dava uma assessoria, eu fiquei lendo, eu

---

<sup>22</sup> Segundo a página do Departamento Nacional de IST, Aids e Hepatites Virais, a Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS) tem a missão de assessorar o Ministério da Saúde para a produção de documentos técnicos e científicos, além de definir mecanismos para o controle da aids no Brasil.

estava lendo isso sobre, peguei na internet, estava lendo sobre isso, mesmo porque o meu caso não foi só isso não, foi pra poder pedir uma ajuda com relação a remédio, médico, essas coisas, né, que eu sei que a ONG ajuda e eu queria poder saber o que eu podia, quais eram os meus direitos reais, né, porque também no posto de saúde eu mal fui informada pelos meus direitos, o que que eu teria ou não, né, e se eu não tivesse pedido auxílio para as passagens, perguntado, porque uma pessoa, um paciente veio me falar, o médico não falou comigo, eu que tive que pedir para o médico fazer o termo.

**Entrevistadora:** Pra conseguir o vale social?

**PVHA Mulher ONG 2:** O transporte, o RioCard, porque mal ou bem faz muita diferença, agora que a gente tá de licença médica então, né, eu perdi uma renda muito grande, eu tô devendo o financiamento da Caixa Econômica”.

### 5.3.1.1 As violações relacionadas aos direitos das PVHA

Um dos pontos importantes foi verificar se existe violação de direitos para as PVHA. Alguns entrevistados apontaram a discriminação no trabalho como a principal violação, mesmo entre aqueles com uma ocupação que requer um grande investimento e capacitação. Um entrevistado lembrou que, mesmo como piloto da aviação civil e bem remunerado, passou por discriminação no ambiente de trabalho e acredita que a situação para aqueles que recebem baixos salários é ainda pior:

**“PVHA Homem ONG 1:** É a discriminação no trabalho, não tenha dúvida. Se eu passei o que passei no cargo que eu tava, você imagina um outro, com o cargo mais inferior. A discriminação é terrível, é terrível”.

Outro entrevistado enfatizou que a pior violação de direitos das PVHA hoje em dia é em relação ao trabalho. Mesmo com a legislação de proteção, diversos concursos públicos exigem o exame de HIV, como nas Forças Armadas, que impedem que muitos jovens soropositivos sigam a carreira militar.

Outro entrevistado, do Grupo Pela Vidua Niterói, citou, além da questão do trabalho, violações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva de jovens mulheres vivendo com HIV/aids. Na segunda década dos anos 2000, elas ainda escutavam, de alguns médicos, que não poderiam gerar filhos. Ou seja, os médicos não repassavam informações corretas para uma possível gravidez e parto sem a transmissão do HIV, o que violava o direito dessas jovens. Tal fato poderia ser evitado com o repasse de algumas recomendações e cuidados, como: tomar os antirretrovirais durante a gestação e na hora do parto; explicar para as jovens grávidas as formas preconizadas de parto; indicar o AZT oral para o bebê; aconselhar as mães a não amamentarem os seus filhos; etc.:

**“PVHA Homem ONG 3:** Eu acho que a pior violação de direitos, olha, eu achava que você ser impossibilitado, pelo menos no caso das meninas, de ter uma gestação. Eu achava que era uma das piores coisas. Hoje a gente não vê tanto isso, que tinha médicos, mesmo na época que eu descobri, via as meninas da Rede Jovem chegando e falando para nós que tinha médicos que diziam que elas não poderiam engravidar, então é uma violação de direito gravíssima que eu achava; direito sexual e reprodutivo. Mas hoje eu acho que é o direito ao trabalho, você não poder trabalhar por conta da sua sorologia, você ser impossibilitado de prestar um concurso por causa da sua sorologia. Mesmo tendo essa lei, ainda acontece muito isso, principalmente no ambiente militar, que é o sonho de muitos jovens seguir a carreira militar, por causa da estabilidade, por causa da beleza da farda, por causa da organização da instituição, né. Eu acho que é o direito ao trabalho”.

Uma entrevistada da ONG revelou que a pior violação está na falta de oportunidade de ter acesso a tudo que é direito, como: conseguir consultas médicas com especialistas e todos os medicamentos necessários para o cuidado com a saúde; as passagens gratuitas necessárias para realizar o tratamento; entre outros fatores. Isso, para ela, é uma espécie de discriminação:

**PVHA Mulher ONG 2:** Eu não sei o que que é pior, são tantas somas de coisas que tornam uma grande coisa ruim. São várias coisas que podem, o que pode ter um peso muito forte pra mim pode não fazer um peso muito forte, mas acho que **o pior de todos é você não ter direitos aos seus direitos, é a violação dos seus direitos, é o pior deles.** Quando você precisa de um médico e não tem, quando você precisa de um medicamento e não tem, quando você precisa de ter acesso a uma passagem e não tem acesso pra poder fazer o exame. É o pior de todos, eu acho que é a violação dos seus direitos. **A pior discriminação é a violação dos seus direitos”** [grifo nosso].

A mesma entrevistada revelou a demora dos médicos para descobrir que estava com uma coinfeção, tuberculose e HIV, tendo que passar por diversos médicos, até conseguir um diagnóstico. Outra violência que sofreu foi a forma como recebeu o diagnóstico de HIV, por telefone e sem nenhum tipo de aconselhamento por parte da médica:

**“PVHA Mulher ONG 2:** Não, eu fiquei sabendo, por incrível que pareça, pelo telefone, por uma médica que era minha pneumologista, né, que eu tava com uma, eu fiquei durante muito tempo tossindo, vomitando, tendo diarreia e ninguém descobria o que que era até que eu fui num, não conseguia mais andar, não conseguia mais ter nenhum tipo de reação direito, né, meu marido ficou preocupado porque por vários meses eu indo a vários médicos e tendo vários diagnósticos diferentes, de estresse, de tudo, menos que... Nunca me pediram uma chapa de pulmão, porque eu tinha febre baixa e tinha plano de saúde, sempre viajei muito porque é o meu trabalho, então parecia que os médicos não acreditavam, não pediam uma chapa de pulmão, diziam assim, ah, bronquite, é bronquite, me dava um remédio pra bronquite, eu voltava pra casa e ia piorando, e vomitando, diarreia, vomitando e diarreia. Até que uma médica lá do Santa Marta me falou assim, olha, eu não tô escutando nada no seu pulmão, mas pelo o que você tá me contando e pelo o seu estado, que você tá emagrecendo muito rápido e tudo mais, eu vou te pedir uma chapa de pulmão. Aí pediram a chapa de pulmão, ela pediu pra repetir na hora, porque ela não acreditou no que ela viu, aí deu tipo, ela falou assim, olha, ou você tá

com tuberculose séria nos dois pulmões, miliar, que tá me parecendo, ou você tem uma pneumonia, então você vai, eu vou te encaminhar pra um médico e você vai fazer um exame. Aí eu tinha pneumologista, falei com ela, ela pegou, eu fiz o exame, né, deu positivo, aí ela me encaminhou e pediu também junto com o exame de tuberculose, ela pediu também exame de HIV. Quando deu positivo, ela me ligou pra dizer que eu estava com HIV positivo.

**Entrevistadora:** Pelo telefone?

**PVHA Mulher ONG 2:** Pelo telefone. Eu fiquei sem chão, sem nada, chorando, sem saber o que fazer e ao mesmo tempo eu já tava sendo tratada pela doutora [...] como tuberculose”.

### 5.3.1.2 Palestras sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)

Os depoimentos das PVHA entrevistadas indicaram a falta de informação sobre HIV/aids e outras DSTs no local de trabalho. Um entrevistado declarou que a única palestra que assistiu na Aeronáutica sobre o assunto foi de caráter biomédico, com o objetivo de provocar “terror” entre os jovens recrutas, além de ter o foco na retórica de que HIV/aids mata. Este discurso biomédico acabou afastando os jovens na busca por informações sobre as DSTs. O entrevistado citou a necessidade de uma periodicidade de repasse de informações sobre as DSTs nas Forças Armadas, porque as pessoas acabam esquecendo, ou não fixam o conteúdo com apenas uma palestra:

**“PVHA Homem ONG 3:** Eu tive uma palestra sobre DST quando eu incorporei, em 2009, mas aquela coisa super técnica, super chata pra jovem ouvir, entendeu, aquela palestra totalmente médica.

**Entrevistadora:** Mas passaram a informação que não se transmite com beijo, com abraço...

**PVHA Homem ONG 3:** Não, não, a informação foi mais voltada pro terror. Não pega HIV porque o HIV mata, mais ou menos desse jeito, entendeu.

**Entrevistadora:** Então não foi nem informação, foi anti-informação.

**PVHA Homem ONG 3:** Foi, exatamente. E as pessoas não mudam, você ouve uma vez e se você não tiver uma retroinformação daquela informação, você vai acabar esquecendo, como foi comigo. Eu ouvi e não dei importância”.

Outros entrevistados da ONG disseram que nunca assistiram a palestras sobre HIV e outras DSTs no trabalho. Somente um entrevistado teve apoio do chefe do serviço médico, da companhia aérea na qual trabalhava, protegendo-o dentro da empresa:

**“PVHA Mulher ONG 2:** Não, não, não que eu saiba, não durante o período todo que eu trabalhei lá”.

**“PVHA Homem ONG 1:** Não, não. Eu tive um médico no Centro Médico da [companhia aérea] na época, que era um amor de pessoa, inclusive me protegeu de todas as maneiras possíveis dentro da empresa. Sempre estive do meu lado, sempre me ajudou, era o chefe do serviço médico da empresa”.

Na unidade de saúde, uma das entrevistadas disse que não assistiu, mas que deu uma palestra sobre HIV na escola da sua filha a pedido dela. Ela estava com receio porque, ao dar a palestra, ia expor o seu diagnóstico para todos da turma. Contudo, a sua filha a incentivou por considerá-la extrovertida e, por isso, teria grande possibilidade de conseguir passar informações importantes para esse público. Os alunos ainda a questionaram sobre o diagnóstico da sua filha, mas deixou claro que esta não estava contaminada com o HIV. A entrevistada explicou para todos que a sua contaminação tinha ocorrido através de uma transfusão de sangue, realizada na década de 1990. E, ainda, abordou as formas de prevenção, demonstrando como utilizar os preservativos (masculino e feminino):

**“PVHA mulher UD 6:** Teve, assim, da minha filha né [...] onde ela estuda. Aí teve essa palestra, ela me pediu pra ir e falar. Eu falei, poxa, filha, vou me expor perante as suas colegas que vem até aqui em casa. Ela, não mãe, vamos falar, a senhora é toda pra frente, a senhora vai falar com aquele jeito de, vamos falar. Curiosa, né, vamos falar, você quer que fale, vamos falar. Aí na escola, né, mas o engraçado que só era eu pra dar essa palestra sobre HIV/aids, aí muito adolescente, sabe como é adolescente também, né, eles têm uma fiada na língua. Pô, a senhora é mãe da Aline, eu falei, sou mãe da Aline, com muito orgulho, minha gata. Pô, ela falou que a senhora tem aids, que não sei o que, eu falei, oh, eu sou soropositiva, mas ela não é, entendeu, não fica com aquilo, pô, não vou sentar perto da Aline, porque ela tem aids, não vou falar com a Aline porque ela tem, não vou namorar ela por ela ter, não, a Aline não tem, tenho dois exames dela, falei tá aqui os exames dela, ela não tem. Poxa tia, mas como que a senhora contraiu isso, foi o pai, fala logo, foi o pai, não, expliquei tudo, aí falou assim, poxa, e aí, e a camisinha? A senhora não usou camisinha? O quê?

**Entrevistadora:** Mas foi por sangue né, não tem nem.

**PVHA mulher UD 6:** Eu falei pô, na época, eu não tive como ter camisinha, que foi sangue.

**Entrevistadora:** Transfusão.

**PVHA mulher UD 6:** Aí eu falei pra eles, perguntei: E vocês usam camisinha? Risos. A tia não usou porque foi por sangue, e vocês usam camisinha?

**Entrevistadora:** E eles?

**PVHA mulher UD 6:** Não, pô, olha só, tia, naquele embalo, né, a gente esquece algumas vezes, tipo assim, a garota fala, pô, chupar bala com papel, não sei o que, aí levei [...] camisinha de mulher e levei a masculina, falei, ó, tem duas, se o parceiro não quiser usar, a parceira usa. Pô, tem de mulher, abri, pô, mas isso aí é um coador, não sei o que. Essa palestra na escola, aí eu tinha

levado um pênis, aquelas palestras que a gente tinha [...] Falei pô, vocês sabem botar camisinha, as meninas pra seduzir o parceiro pra botar camisinha na boca, tal, e a Aline, mãe, não é essa palestra (risos). Eu falei, não é sobre HIV/aids?

**Entrevistadora:** Virou outra palestra.

**PVHA mulher UD 6:** Prevenção contra HIV/aids, entendeu, tem vários métodos de evitar aids ou até mesmo uma gravidez, usando preservativo [...] fiz aquele método com a boca [...], ensinei, sabe. Olha, a palestra foi muito boa, minha filha levou nota ótima porque, assim, não fiquei, ah, não sei o que, conversei, distraí todo mundo e ensinei a botar camisinha com a boca”.

Um entrevistado da unidade de saúde foi o único que assistiu a uma palestra sobre DSTs na empresa que trabalhava. Ele contou que os funcionários escutaram as informações sobre o tema, mas ninguém se manifestou. O repasse desse tipo de informação é muito importante, porém, é possível que os empregados tenham receio de fazer determinadas perguntas e, com isso, levantar suspeitas sobre um possível diagnóstico de HIV:

“**PVHA homem UD 5:** Na empresa quase ninguém falava não, a pessoa só ouvia que tava passando no telão né, a pessoa só ficava, ninguém fazia pergunta não. É tudo adulto.

**Entrevistadora:** Mas teve, aí passava no telão as coisas e ninguém fez pergunta...

**PVHA homem UD 5:** Passava, não, ninguém fez não, o pessoal ficou muito quieto.

**PVHA mulher UD 6:** Mexe com adolescente pra tu ver”.

### 5.3.1.3 A falta de informação sobre os direitos

Pode-se dizer que uma das causas da discriminação direcionada às pessoas com HIV/aids está na falta de informações sobre a transmissão do vírus. Para os entrevistados do serviço de saúde, a população não tem clareza sobre os meios de infecção do HIV, não se preocupam em saber a sorologia de HIV do parceiro(a) e ficam temerosos quando descobrem que o companheiro(a) está infectado:

“**Entrevistadora:** Então falta informação para as pessoas de como se transmite o HIV?

**PVHA homem UD 3:** Mas isso é difícil, as pessoas, ainda mais o brasileiro...

**PVHA homem UD 2:** A ignorância é um negócio...

**PVHA mulher UD 1:** Quando a pessoa não sabe, vai pra cama.

**PVHA homem UD 2:** Se entrega geral.

**PVHA mulher UD 1:** Entendeu, não tem, é festa, é festa. A partir do momento que sabe, oh”.

A falta de informação sobre o HIV gerou uma série de desconfianças sobre a transmissão do vírus no trabalho de um entrevistado da ONG. Uma de suas amigas foi questionada se não tinha “medo” em abraçá-lo e beijá-lo, sobretudo pelo receio em se infectar com o vírus. Para ele, esse pensamento está relacionado à falta de informação sobre o HIV/aids na Aeronáutica:

**“PVHA Homem ONG 3:** [...] E uma amiga falou assim pra mim um dia [...] vieram me perguntar se eu não tinha medo de te abraçar e de te beijar porque sabem que o teu caso é de morte e poderia pegar por um beijo e por um abraço.

**Entrevistadora:** Falta de informação dentro da Aeronáutica.

**PVHA Homem ONG 3:** Dentro, eles não têm, não têm”.

Dessa forma, as pessoas do ambiente de trabalho profissional das PVHA acabam discriminando essa população por não saberem, exatamente, os meios de transmissão do HIV. Muitos desconhecem os avanços dos antirretrovirais, que prolongaram a vida dos soropositivos, reduzindo a possibilidade de transmissão do vírus entre aqueles que fazem o tratamento contínuo e ficam com a carga viral indetectável<sup>23</sup>. Com isso, a discriminação ocorre por noções preconcebidas sobre HIV/aids.

#### 5.3.1.4 Vantagens e benefícios relacionados a HIV/aids

Nas entrevistas em profundidade e no grupo focal, as PVHA foram questionadas se já tinham utilizado o diagnóstico para conseguir alguma vantagem. Entre os usuários do serviço de saúde, muitos consideraram a gratuidade no transporte para o tratamento como um direito e não vantagem. Um entrevistado relatou que já andou uma longa distância para conseguir fazer um exame porque não sabia que tinha direito à gratuidade no transporte público:

**“PVHA homem UD 3:** Já, eu já, esse cartão, esse cartão.

**Entrevistadora:** Você acha isso uma vantagem? O RioCard?

**PVHA homem UD 2:** Não, eu não acho vantagem não. Não acho vantagem não porque é um direito.

<sup>23</sup> Diversas pesquisas, como a HPTN052, indicaram que uma pessoa em contínuo tratamento, com supressão da carga viral (menor que 40 cópias/ml) por um período seguido de 6 meses, sem outras infecções, não transmite o HIV por via sexual. Fonte: <[http://www.aids.org.br/noticia/tratamento/pessoas\\_em\\_tratamento\\_transmitem\\_o\\_hiv.html](http://www.aids.org.br/noticia/tratamento/pessoas_em_tratamento_transmitem_o_hiv.html)>.

**PVHA mulher UD 6:** Eu acho um direito.

**PVHA homem UD 3:** Ué, é um direito, né.

**PVHA mulher UD 1:** É um direito, mas também é...

**PVHA homem UD 2:** Às vezes você tá sem dinheiro, eu já andei da minha casa até Botafogo, no Rocha Maia, né, porque, gente, é pouco? É pouco, mas naquele dia eu não tinha. Eu tinha que fazer um exame pro coração, a médica marcou um eco e marcou lá. Eu falei, gente, eu saí de casa cedo, eu fui devagarzinho, ainda bem que eu tenho essa coisa de dança...

**Entrevistadora:** E na época você não tinha o cartão?

**PVHA homem UD 2:** Não, eu não tenho o cartão ainda. Eu fui saber agora que eu tinha direito, que eu posso, de repente, pedir esse cartão, aí falei com eles, inclusive tá em processo, tá em processo”.

Outra entrevistada do Grupo Pela Vidda Niterói deixou claro que nunca recebeu vantagens por ser HIV positiva, mas que sempre buscou os seus direitos. Essa busca também seria uma forma de conseguir proteção pela violação de direitos que passou no trabalho, pois sofreu uma pressão psicológica que culminou na revelação do diagnóstico para os empregadores, sobretudo pelas suas ausências do posto de trabalho, em função das consultas médicas:

**“PVHA Mulher ONG 2:** Tentar melhorar em alguma coisa e ter os direitos porque eu tô tentando sempre, atualmente, eu quero me proteger porque o que eu tô vendo por aí é uma violação total do direito das pessoas e eu não tenho que dizer que eu tenho pra poder ter vantagem. Muito pelo contrário, eu não teria que ter, dizer nada, eu só disse lá no meu trabalho o que eu tinha porque eu estava sentindo uma pressão e um deboche muito grande com relação a minha pessoa, quando eu precisava sair pra fazer algum...

**Entrevistadora:** Ir no médico, né?

**PVHA Mulher ONG 2:** Ir no médico e tudo mais e eu comecei a sentir que eles estavam me pressionando, fazendo coisas que não eram legais”.

A aposentadoria foi considerada, por alguns entrevistados, um benefício para aqueles com HIV/aids, como exemplificado na fala de um entrevistado da ONG. Entretanto, algumas PVHA revelaram que mesmo conseguindo a aposentadoria na década de 1990, em função do estado de saúde, hoje em dia trabalham de forma informal, como um entrevistado da unidade de saúde que faz apresentações de dança e participa de escolas de samba como coreógrafo. Outra entrevistada do serviço conseguiu a aposentadoria em decorrência de uma depressão, mas que foi associada ao HIV. Hoje em dia, ela é psicóloga e possui um consultório. Outro entrevistado entrou na justiça para conseguir a aposentadoria e já está esperando a sentença há



oito anos. Em relação a outros benefícios, vinculados à LOAS<sup>24</sup>, ninguém estava recebendo no momento da entrevista:

**“PVHA Homem ONG 1:** Eu me aposentei por invalidez.

**Entrevistadora:** Por ser HIV positivo.

**PVHA Homem ONG 1:** É, por ser, por causa de uma série de consequências de probleminhas que eu tive. Me aposentei por invalidez e tenho esse processo contra a União que estamos aguardando, talvez leve mais um ano, dois anos, não sei”.

**“Entrevistadora:** E desde então você trabalha informalmente.

**PVHA homem UD 2:** É, exatamente. Me aposentei, mas aí ainda tô começando a fazer, agora esse ano pra mim tá sendo, final [de ano] agora tá sendo fantástico e tá começando, vem esses jogos todos e aí já estão começando a me chamar, sabe, vamos fazer algum trabalho, não televisão, mas grupos que eu conheço, as pessoas que são coreógrafas, mas olha quanto tempo eu fiquei sem fazer nada, sabe.

**Entrevistadora:** Mas você se aposentou pelo HIV?

**PVHA homem UD 2:** Pelo HIV.

**Entrevistadora:** Pelo HIV.

**PVHA homem UD 2:** Que na época eu fiquei muito debilitado, em 95, foi um negócio que, pra mim eu entrei no hospital, mas sair eu não ia sair”.

**“Entrevistadora:** Você é aposentado pelo INSS, né?

**PVHA homem UD 2:** Não, não. Ministério da Fazenda.

**Entrevistadora:** Ah tá, mas pelo HIV?

**PVHA homem UD 2:** Pelo HIV.

**Entrevistadora:** Alguém mais aqui é aposentado?

**PVHA mulher UD 1:** Eu sou aposentada.

**Entrevistadora:** Por tempo de serviço? Pelo HIV?

**PVHA mulher UD 1:** Não, eu fiquei, não, não é tanto pelo HIV, foi por uma depressão que eu tive. Foi pela psiquiatria. Mas também eles associaram, eles associaram, no final eles associaram.

**PVHA homem UD 5:** O meu processo tá 8 anos.

---

<sup>24</sup> Para que as PVHA consigam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), é necessário que as PVHA comprovem que estão incapacitadas para o trabalho, passando pela perícia médica do INSS; e a renda mensal familiar deve ser inferior a ¼ do salário mínimo.

**Entrevistadora:** Alguém aqui conseguiu algum benefício, tipo LOAS... [três pessoas disseram não]”.

O entrevistado que trabalha na Aeronáutica disse que nunca conseguiu benefícios pelas Forças Armadas. Quando foi afastado do serviço, não foi em função de uma licença médica, mas por um acordo verbal. Esta decisão foi tomada pelo seu antigo superior, que também tem HIV e que ficou sensibilizado pelos problemas de saúde do entrevistado:

“**Entrevistadora:** E sobre os benefícios que você já conseguiu, é tudo em função da Aeronáutica, né. Você já conseguiu auxílio-doença...

**PVHA Homem ONG 3:** Não, não consegui nada disso. Eu não tenho benefício nenhum.

**Entrevistadora:** Quando você se afastou por aquele período, depois que você descobriu.

**PVHA Homem ONG 3:** Foi de boca.

**Entrevistadora:** Ah, foi de boca?

**PVHA Homem ONG 3:** Foi de boca, não foi benefício, porque eu tinha HIV.

**Entrevistadora:** Então alguém assinava lá.

**PVHA Homem ONG 3:** Alguém fala lá, olha, não te falei que eu tinha um conhecido que tinha HIV? Que era o meu chefe e eu não sabia? Naquela época, eu trabalhava naquele outro local na Aeronáutica e foi tudo de boca, ele falou assim, vamos afastar ele. Mas não foi benefício por ter HIV, eu nunca tive benefício nenhum.

**Entrevistadora:** Então foi tudo de boca...

**PVHA Homem ONG 3:** Tudo, então, eu falei, eles estão pouco se importando. Hoje eu tenho cinco laudos, já tá pra chegar o sexto laudo médico dizendo os motivos pelos quais eu tenho que me afastar e eles, mesmo assim, não dão benefício nenhum, nem auxílio-invalidez, nem auxílio-doença, nem nada”.

### 5.3.1.5 O acesso e o entendimento das leis de proteção

Por meio do grupo focal e das entrevistas em profundidade, percebe-se que o tipo de acesso e entendimento das leis de proteção contra a discriminação foi distinto entre os usuários do serviço de saúde e aqueles que procuraram a Assessoria Jurídica do Grupo Pela Vidda Niterói. Os entrevistados da unidade de saúde foram vagos sobre o conhecimento da Lei Nº 12.984, de 2014, que protege as PVHA de discriminação em diversos espaços, como no trabalho

e na escola. Eles só disseram que a lei existe e que ampara essa população, mesmo tendo algumas lacunas:

**“PVHA mulher UD 1:** Ampara, né. Mas toda lei [...] tem lacuna.

**Entrevistadora:** Alguém mais sabia dessa lei? Você sabe, não sabe?

**PVHA homem UD 3:** De discriminação?

**Entrevistadora:** Uma lei contra a discriminação.

**PVHA homem UD 3:** Tem, isso aí tem”.

Já as PVHA ligadas ao Grupo Pela Vidda Niterói tiveram conhecimento da lei de proteção contra a discriminação na própria ONG e em reportagens na televisão. Um entrevistado deixou clara a importância da Assessoria Jurídica para as suas conquistas nos tribunais. Outra entrevistada expressou a sua preocupação relacionada à implementação dessa lei, pois, para ela, muitas são criadas e não são utilizadas:

**“Entrevistadora:** Você ficou sabendo através... Como que você ficou sabendo?

**PVHA Homem ONG 1:** No Grupo Pela Vidda.

**Entrevistadora:** No Grupo Pela Vidda, tá.

**PVHA Homem ONG 1:** Tudo que eu consegui juridicamente, tudo foi por intermédio do Grupo Pela Vidda [Niterói], mais precisamente com a [Ativista 2]”.

**“PVHA Mulher ONG 2:** A lei existe, como existem várias leis, né, mas ela não, tem leis que não pegam né, vamos dizer assim.

**Entrevistadora:** E você ficou sabendo pela TV, pela internet...

**PVHA Mulher ONG 2:** Sim, pela TV, pela TV”.

Um entrevistado acompanhou a implementação da Lei Nº 12.984 desde quando era um Projeto de Lei, ajudando a pressionar o Congresso Nacional, pelo seu vínculo com o movimento social de aids do Rio de Janeiro. O jovem militante ainda indicou que a lei deveria ser utilizada nos processos relacionados à discriminação de PVHA, mas que é preciso ampliar a sua divulgação, para que essa população saiba sobre os seus direitos. Entretanto, essa informação só circula entre aqueles que, de alguma forma, fazem parte do movimento social de aids:

**“PVHA Homem ONG 3:** A lei foi dentro do próprio movimento social, né, a gente já tava com um histórico já do PL na época e aí foi uma, inclusive nós, da Rede de Jovens, na época a gente fez um documento conjunto com as

ONGs aqui do Rio de Janeiro pra dar mais força pra que esse PL virasse lei de fato e foi enviado pra Brasília. Então, quer dizer, praticamente eu, junto com os outros jovens de liderança, ajudei a construir essa lei, né, que ela virasse realidade.

**Entrevistadora:** E hoje em dia ela já está sendo utilizada.

**PVHA Homem ONG 3:** Ela é ótima, ela é ótima, quer dizer, deveria...

**Entrevistadora:** Até o seu advogado pode usar no seu processo.

**PVHA Homem ONG 3:** Não, eu não sei se ele chegou a usar porque o meu processo já estava antes da lei. Não sei se na segunda instância ele apresentou alguma argumentação, **mas eu acho que, ainda pra essa lei, ainda falta muita informação para as pessoas conhecerem os seus direitos, né. Ela ainda aparece que está muito dentro do mundo de quem convive com o movimento de combate à aids e a população mesmo pouco sabe**” [grifo nosso].

Para esse entrevistado, uma forma de ampliar o acesso à informação sobre os direitos das PVHA é dar informação aos jovens e estes virarem multiplicadores do conhecimento. A internet se tornou uma ferramenta fundamental na procura por informações sobre os direitos dessa população, sendo utilizada como uma forma de comunicação entre os jovens e considerada, pelo entrevistado, um meio “prático, fácil e ágil”, para levar informação tanto para os jovens soropositivos quanto para a população geral:

**“PVHA Homem ONG 3:** Eu vejo que hoje **você tem que atingir, principalmente, os jovens, que são os multiplicadores do conhecimento e os jovens se encontram na internet.**

**Entrevistadora:** Na internet.

**PVHA Homem ONG 3:** Na internet, hoje em dia que é a bola da vez, pelo menos pra mim. Eu vejo que a internet é o meio mais prático, fácil e ágil de você chegar à comunicação e você não chega só aos jovens na internet, né, você chega nas populações gerais, só que os jovens conversam entre eles, né” [grifo nosso].

Esse entrevistado procura sempre participar de eventos organizados pela sociedade civil de HIV/aids, além de participar de cursos para ampliar o seu conhecimento. Por isso, participou do Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e Aids, organizado pelo Grupo Pela Vidda Niterói, em 2016. Para ele, o curso foi fundamental para sua capacitação, porque conseguiu tirar dúvidas relacionadas à Previdência Social, aos direitos trabalhistas e ao atendimento médico:

**“PVHA Homem ONG 3:** Pra me aprimorar [...] direitos humanos e HIV/aids eu não tinha participado, quer dizer, eu participei de um fórum de direitos humanos que aconteceu, um fórum mundial, aconteceu em Brasília, em 2013,

mas não teve nenhum assunto específico voltado a HIV/aids. Eu queria aprender mais, entendeu, por isso que eu me inscrevi. Eu achei super bacana porque teve muitos assuntos que são dúvidas pertinentes, né, com relação a Previdência Social, direitos de trabalho, direitos no atendimento médico. Eu acho que faltava aquilo ali pra poder me capacitar mais né, pra ter embasamento pra poder falar para as pessoas. Por isso que foi importante”.

### **5.3.2 Os profissionais de saúde e o repasse das informações sobre os direitos das PVHA**

Um aspecto importante para o conhecimento dos direitos das PVHA é o repasse desse tipo de informação pelos profissionais da unidade de saúde pesquisada. Neste local, identificamos o papel relevante das assistentes sociais, que são as grandes responsáveis por informar aos usuários do serviço sobre os seus direitos, especialmente aqueles com HIV/aids.

Diversas são as pessoas que procuram informações sobre os seus direitos, mesmo aquelas que não são usuárias do serviço. Os infectologistas da unidade de saúde encaminham as PVHA para que as assistentes sociais passem todas as informações essenciais, como a retirada do FGTS, o vale social<sup>25</sup>, o Programa Bolsa Família, entre outros benefícios. Além disso, as assistentes sociais ressaltam a importância do trabalho de acolhimento para aqueles que estão chegando ao atendimento, sendo uma oportunidade de explicar o funcionamento do serviço e todos os direitos.

O infectologista entrevistado confirma a tendência de passar para as assistentes sociais as PVHA, para que elas consigam informações sobre os seus direitos. Esta prática se dá, sobretudo, pelo curto tempo que o médico tem disponível com cada usuário e também pela confiança que ele deposita nessas profissionais. Já no seu consultório particular, a demanda por direitos é distinta, pois determinados benefícios, como a gratuidade no transporte público, não são de interesse para aqueles que têm plano de saúde particular.

Algumas PVHA chegam à unidade de saúde desorientadas, no que se refere aos direitos, e o acesso ao Serviço Social não se dá, às vezes, imediatamente. A busca pelos direitos também depende de como cada usuário recebe o diagnóstico positivo para o HIV, sendo que muitos já chegam adoecidos pela aids. O acolhimento das PVHA pelos profissionais de saúde é importante para a construção do vínculo com os usuários do serviço, o que se reflete na continuidade do tratamento deles. O atendimento do Serviço Social também é uma forma de dar apoio psicológico para aqueles que ainda não aceitaram o diagnóstico de HIV. Dessa forma,

---

<sup>25</sup> Gratuidade para o transporte público (ônibus) para as PVHA conseguirem realizar o tratamento no Estado do Rio de Janeiro.

a procura por direitos com as assistentes sociais pode ser também um gatilho para que as PVHA se abram sobre outros assuntos.

Algumas PVHA procuram as assistentes sociais já sabendo sobre certos direitos, pois pesquisaram anteriormente na internet, através do Google. Entretanto, para as assistentes sociais, aqueles que não possuem computador e internet estão “à margem da sociedade”, não conhecem os seus direitos e tudo o que puder conseguir é uma vantagem, como o Programa Bolsa Família, entre outros benefícios. Aqueles que fazem pesquisas na internet já chegam para conversar com elas querendo saber o que eles podem ter além daqueles direitos que já conhecem.

Segundo o infectologista entrevistado, deve-se abordar a questão dos direitos a partir do contexto social das PVHA. Para ele, existem diversas maneiras dos soropositivos terem acesso às informações sobre os seus direitos, seja realizando buscas na internet, perguntando para algum profissional da unidade de saúde, por cartazes informativos e palestras fornecidas pelo serviço sobre um tema específico, entre outras. O problema são os usuários que não querem ter contato com outras PVHA e nem conversar sobre a própria soropositividade e isso pode prejudicá-los na busca por direitos, segundo o entrevistado.

As assistentes sociais fazem um trabalho de repasse de informações importantes para o infectologista. Todos que passam por essa especialidade são informados que podem ter acesso a diversas orientações na assistência social da unidade de saúde, além de terem a possibilidade de participar de debates sobre temas importantes, nos grupos de convivência, e que são realizados, periodicamente, na sala de espera da infectologia. Nesses espaços, também é possível tirar dúvidas, confraternizar com outros usuários, além de participar de passeios organizados pelas assistentes sociais, como Teatro Municipal e Corcovado. Para o entrevistado, isso também é uma forma de inclusão social.

#### 5.3.2.1 Os grupos na unidade de saúde

Na unidade de saúde pesquisada, as assistentes sociais utilizam diversas técnicas para o repasse de informações a usuários do serviço, sobretudo para as PVHA. A primeira forma de contato com as assistentes sociais é pelo atendimento individual, seja por um usuário do serviço ou demanda espontânea e, principalmente, entre aqueles que buscam informações sobre os seus direitos.

As assistentes sociais fazem um trabalho de grupo intenso em diversos espaços da unidade de saúde e o setor de infectologia ganhou uma atenção especial. A sala de espera desta

especialidade recebe regularmente diversas atividades: o **bate-papo sobre sexo**, abordando as questões sobre sexualidade dos soropositivos; o **grupo de convivência**, que tem o intuito de debater diversos assuntos sobre o viver com a soropositividade; além do grupo que aborda diversos aspectos da saúde mental das PVHA, tratando também a dependência de **álcool e outras drogas**. Outro grupo importante, que deve ser implementado em todas as salas de espera da unidade de saúde, tem o objetivo de discutir diversos direitos, como o previdenciário e social, e levar informações sobre como os usuários podem acessar o SUS. Esses grupos tem o intuito de levar conhecimento em um espaço ocioso e que pode ser ocupado para trocar e levar informações sobre os direitos para os usuários.

O foco do presente estudo foi o grupo de convivência, pois é o principal meio de troca de informações entre os usuários. Ele surgiu no final da década de 1990 pela sensibilidade de um psiquiatra do serviço de saúde. Nas consultas individuais, ele percebeu que as PVHA tinham muitas dúvidas, medos e se sentiam isoladas por não poderem compartilhar as suas angústias, gerando isolamento social e depressão. Sua ideia foi convidar as assistentes sociais para debater vários temas relacionados a HIV/aids, onde todos poderiam compartilhar as suas questões. Esse grupo acontece de 15 em 15 dias, todas às quintas-feiras à tarde, na sala de espera da infectologia.

O grupo tem a capacidade de aglutinar as PVHA e, com isso, cultiva um convívio permanente entre os usuários do serviço e profissionais de saúde que trabalham com este público. Isso se reflete nas diversas festividades organizadas na sala de espera da infectologia, como nas festas junina e de natal, realizadas todos os anos. Nos primeiros anos do grupo de convivência, diversas pessoas foram convidadas a participar do grupo de convivência, como a Gabriela Leite, fundadora da ONG Davida (pelos direitos das profissionais do sexo), além de representantes de outras ONGs, do Grupo Pela Vidda Rio e da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids). A proximidade do movimento social com a unidade de saúde se faz presente até hoje, sendo importante para o repasse de informações relevantes para as PVHA.

O grupo de convivência é um lugar de empoderamento para as PVHA e um espaço para tirar as dúvidas sobre tratamento e medicamentos. Este diálogo ocorre com todos os atores envolvidos e o repasse de informações não acontece de forma vertical, mas de forma horizontal. Os temas são apresentados pelas assistentes sociais, que provocam um diálogo entre os soropositivos e, conseqüentemente, diversas questões são colocadas e discutidas. O infectologista toma um cuidado especial em passar as informações científicas, de forma que todos entendam o seu conteúdo. Já as assistentes sociais abordam as questões mais subjetivas

do viver com HIV/aids. Dessa forma, as informações são divulgadas em diversos níveis e cada usuário decide como seguir a sua vida a partir do seu empoderamento.

Uma vez por mês, o infectologista participa do grupo de convivência. Sobre a escolha desse profissional em particular, ele se colocou disponível para a atividade. Contudo, os infectologistas que não estão presentes no grupo de convivência ajudam as PVHA em outras questões importantes, como em conseguir leitos em hospitais, quando algum usuário necessita de internação. O infectologista entrevistado enfatizou muito a sua fala na adesão aos medicamentos neste grupo, sempre procurando tirar as dúvidas dos usuários do serviço e esclarecendo as dificuldades relacionadas ao tratamento. Para ele, esse trabalho é importante para o repasse de informações sobre os cuidados de saúde das PVHA. Para as assistentes sociais, as PVHA têm o direito de seguirem ou não o tratamento, mas, para isso, essa população tem que ter acesso a todo tipo de informação para a tomada de decisão.

No que se refere a como cada PVHA interage ou não nos grupos que acontecem na sala de espera da infectologia, para as assistentes sociais, ninguém é obrigado a ficar nesse espaço para participar de determinada atividade e muitos não se interessam em debater os temas propostos. Os motivos podem ser variados, como o cansaço em função do trabalho, para evitar um confronto com um vizinho que está no mesmo espaço, ou até aqueles que ainda não aceitam a soropositividade. No entanto, a sala de espera da infectologia é democrática, aberta e a equipe entende quando uma PVHA não se sente à vontade em participar da atividade. Além disso, as assistentes sociais compreendem quando um usuário prefere ter um diálogo individual com os profissionais de saúde.

A questão da discriminação no trabalho foi um tema comentado, por algumas PVHA, no grupo de convivência, no ano de 2015. Entre os relatos: a história de um homem que queria contar para o médico do trabalho sobre a sua sorologia, mas teve receio de sofrer preconceito dos seus colegas; o caso de um usuário do serviço que não foi efetivado no trabalho porque levou um atestado médico do infectologista; uma manicure que só contou sobre a sua sorologia para a dona do salão onde trabalhava depois que passou pelo período de experiência e de ter a carteira de trabalho assinada; uma senhora que não conseguiu ser contratada como cobradora de ônibus depois que realizou o teste de sangue admissional; e uma empregada doméstica que foi demitida quando contou sobre o seu diagnóstico, mas logo em seguida foi readmitida, depois que os seus empregadores foram tirar dúvidas com um médico.

No decorrer do ano de 2015 o grupo de convivência abordou, por duas vezes, o tema da discriminação e do preconceito relacionados às PVHA. Nesses dois dias, os usuários do serviço relataram que sofreram discriminação: no trabalho; na família; entre os parceiros sexuais; racial;



dos profissionais de saúde; entre outras formas. Por outro lado, houve também depoimentos de aceitação e acolhimento. Chamamos a atenção para dois usuários que revelaram casos de discriminação por profissionais da unidade de saúde. Em um dos casos, uma PVHA foi pedir informação e quando disse que estava indo para a infectologia, a profissional falou: “você vai para aquele lugar”? Em outro depoimento, uma PVHA viu que um usuário, que estava na farmácia, tinha esquecido de levar o Cartão do SUS e a farmacêutica não estava querendo entregar os medicamentos para ele. Quando esse usuário foi embora, a farmacêutica disse: “eles vêm aqui com essa doença”. Para a PVHA, ela quis dizer que eles foram infectados pelo HIV porque quiseram.

Além dos grupos fixos, as assistentes sociais também realizam outras atividades, como o Cine Tutti-Frutti, no qual, todos os anos, durante quatro dias, são exibidos filmes que abordam: a diversidade sexual; as pessoas com necessidades especiais; as relações homoafetivas e o viver com HIV/aids. No final de cada sessão, há um debate sobre o filme ou documentário reproduzido. No ano de 2015, houve um desdobramento do Cine Tutti-Frutti e foi realizada uma oficina, para a qual uma cineasta foi convidada a dirigir um curta-metragem, através da experiência de um participante. Uma fotógrafa acompanhou e registrou todo o processo e as fotos foram exibidas na festa de natal da infectologia. A história apresentada foi a de uma ativista que ainda não tinha contado para a sua própria filha sobre o seu diagnóstico de HIV. No curta, a ativista fez o seu papel e uma assistente social e uma estagiária fizeram o papel de mãe e filha, respectivamente. Essa ativista deu permissão para que o curta fosse passado somente para os usuários da infectologia. Para as assistentes sociais, esse exercício pode encorajar a ativista a revelar o diagnóstico para a sua filha.

Há também atividades específicas e que são demandadas pelos próprios usuários do serviço, como um debate que aconteceu em 2015, sobre o vale social, para o qual foram convidadas representantes da Secretaria de Estado de Transportes (SETRANS). Outra atividade, em 2016, abordou os direitos das pessoas vivendo com HIV/aids e foi ministrada por um ativista do Grupo Pela Vidda Niterói. O auditório da unidade de saúde ficou lotado, indicando a importância desse tema. A todo momento, ele era interrompido por algum participante que tinha dúvidas, sobretudo em torno da aposentadoria ou de benefícios do INSS. Como as dúvidas eram diversas, o ativista pediu para que as pessoas entrassem em contato com ele depois da atividade. Desse modo, podemos ver que essa unidade de saúde procura munir os seus usuários, para que eles sejam empoderados sobre os seus direitos.

### 5.3.2.2 A relação com os usuários do serviço e o trabalho na unidade de saúde

Para que os usuários do serviço busquem os seus direitos, a relação entre eles e os profissionais de saúde deve ser mantida e cultivada. Para as assistentes sociais entrevistadas, a afinidade com os usuários é boa e o tempo de convivência ajuda na criação do vínculo. Ela é construída dia a dia com os usuários do serviço e também se reflete nos estagiários, que cursam a graduação de Serviço Social e que são selecionados todos os anos para a unidade de saúde. Isso pode influenciar positivamente no futuro profissional desses estudantes, sobretudo no trabalho com as PVHA. Nas entrevistas para a seleção dos estagiários, as assistentes sociais tentam escolher aqueles que “comunguem” com seus ideários e valores.

Do ponto de vista do infectologista, o tipo de acesso aos serviços de saúde entre aqueles que o procuram no consultório particular é distinto dos usuários da unidade de saúde. No consultório, apesar de uma parcela das PVHA serem de classe média, muitos possuem planos de saúde fornecidos pelas empresas e podem ser classificados em várias classes sociais. As demandas do serviço de saúde e do consultório também são distintas, pois aqueles que o procuram no consultório particular não buscam certos direitos, como a obtenção do transporte público gratuito. Além disso, outra característica que diferencia o serviço particular do público é a possibilidade de realizar exames de alta complexidade, além da rápida marcação de consultas com especialistas e internação imediata (no caso de emergência). Na unidade de saúde, o infectologista tenta resolver diversas questões dos usuários para além da sua especialidade. Contudo, em ambos os locais, as PVHA conseguem ter acesso aos medicamentos e, assim, garantir a continuidade do tratamento, sendo um aspecto fundamental para o entrevistado.

### 5.3.2.3 Capacitação dos profissionais de saúde

Uma das questões levantadas pela pesquisa foi a contínua capacitação profissional, especialmente para que os profissionais de saúde possam estar sempre atualizados sobre os direitos das PVHA. Para as assistentes sociais, a capacitação é muito importante para o trabalho. Encontros mensais realizados pela gerência da unidade de saúde pesquisada são uma das formas de a equipe adquirir conhecimento. Outra maneira deles se atualizarem é participando dos encontros/seminários organizados pela sociedade civil e congressos acadêmicos.

No ano de 2016, uma assistente social e duas estagiárias participaram do Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e aids, organizado pelo Grupo Pela Vidda Niterói.

Este curso durou apenas um dia, mas todo o conteúdo foi voltado para os direitos das PVHA. Essa participação indica o interesse das assistentes sociais na constante capacitação para se manterem atualizadas sobre as informações importantes para essa população. Para elas, o aprendizado é fundamental e sempre necessário.

As assistentes sociais enfatizaram que o aprendizado também pode ocorrer quando conversam com os usuários do serviço de saúde, sobretudo com aqueles que participam do grupo de convivência. Como exemplo, elas mencionaram a maneira que algumas PVHA ficam incomodadas com o nome dado ao conjunto de medicamentos que fazem parte do tratamento de HIV/aids: coquetel. Um usuário do serviço as questionou, quando estava participando do grupo, perguntando se somente as PVHA tomavam o coquetel. Imediatamente elas disseram que não, pois uma delas tomava 10 tipos de medicamentos por dia, devido aos seus problemas de saúde, sendo também um coquetel. Para elas, o nome “coquetel” rotula aqueles que não querem ser identificados. Portanto, o aprendizado também acontece no dia a dia.

### **5.3.3 Os ativistas e o repasse das informações sobre os direitos das PVHA**

No Grupo Pela Vidda Niterói, a Assessoria Jurídica é aquela que, além de lutar pelos direitos das PVHA, também tem a missão de passar informações para essa população. A ONG oferece, todas às segundas-feiras, das 13h às 18h<sup>26</sup>, o atendimento jurídico com uma advogada especializada.

A advogada da ONG descreveu, durante a sua entrevista, o protocolo a ser seguido quando uma PVHA se senta em sua cadeira. Em primeiro lugar, a PVHA narra o que aconteceu, ou seja, o motivo que a levou a procurar essa Assessoria Jurídica, como, por exemplo, a dificuldade em conseguir os antirretrovirais, uma violação de direitos, a solicitação de benefícios, entre outros, e a partir dessa narrativa que a relação entre advogada e PVHA começa a ser construída. Contudo, aqueles que acessam esse serviço tem que comprovar que determinada violação/discriminação ocorreu, para que a advogada possa construir uma ação bem fundamentada, principalmente, para evitar que a ONG tenha uma condenação por má-fé no futuro e que seja responsabilizada por conseguir um benefício que foi conquistado de forma fraudulenta.

O Grupo Pela Vidda Niterói disponibiliza, na sala de espera, duas cartilhas informativas e um manual sobre os Direitos Humanos das PVHA. Após passarem pela recepção, há uma

---

<sup>26</sup> A ONG recomenda que as PVHA cheguem até às 15h para conseguirem passar pelo atendimento, respeitando a ordem de chegada.

conversa com a assistente social e, por último, com a advogada e seu assistente. Além disso, as PVHA tiram dúvidas por bate-papos informais e também utilizam diversas ferramentas de comunicação vinculadas à internet, como Facebook e WhatsApp.

As PVHA que chegam até a Assessoria Jurídica, geralmente, são referenciadas pelas unidades de saúde onde são atendidas, ou por indicação de outro soropositivo. Raros são aqueles que procuram a ONG porque fizeram uma busca na internet. Também são comuns os casos em que os próprios profissionais de saúde ligam para a Assessoria Jurídica, para tentar direcionar os usuários do serviço de saúde em como proceder, em casos de alguma violação.

Essa Assessoria Jurídica acolhe as PVHA de vários municípios e estados do Brasil. A advogada da ONG faz “a peça” e acompanha o andamento dos processos pela internet. Os Juizados Especiais Federais e os Cíveis (que não precisam de advogados) facilitam o seu trabalho e, assim, ela consegue auxiliar um maior número de pessoas. Quando alguma PVHA tem dúvidas sobre o seu processo, geralmente, entra em contato com a advogada para esclarecer como proceder para o seu andamento.

Para a Ativista 2, as Assessorias Jurídicas de aids no Brasil são precárias por falta de continuidade, sendo poucas que persistem com esse trabalho, como o Grupo Incentivo à Vida (GIV) e o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), ambos de São Paulo, além do Grupo Pela Vida Niterói. O principal motivo para a precarização desse serviço e pelo fechamento de muitas Assessorias Jurídicas é a falta de editais para o seu financiamento. Conseguir um advogado sensibilizado com essa causa é outro complicador, pois sem a figura do advogado se torna inviável a manutenção desse serviço. No Rio de Janeiro, o Grupo Pela Vida Rio também tinha uma Assessoria Jurídica, mas que não recebe novos casos desde 2010/2011, segundo a advogada. A ABIA, outra ONG importante de aids do Rio de Janeiro, nunca trabalhou com uma Assessoria Jurídica, pois o seu foco se manteve na pesquisa e desenvolvimento de materiais educacionais.

Já o Ativista 1, que possui uma ONG no subúrbio da cidade do Rio de Janeiro e realiza a testagem de fluido oral para o HIV, tem também o papel de tirar as dúvidas sobre os direitos das PVHA. Quando não consegue resolver os casos por meio dos seus contatos na Previdência Social, ele passa o atendimento para a advogada do Grupo Pela Vida Niterói. Em sua entrevista, ele enfatizou que recebe uma grande quantidade de reclamações relacionadas à Previdência Social, mas que tenta resolvê-las administrativamente. Esse ativista é reconhecido nacionalmente como um especialista em Previdência Social e HIV/aids e isso pode ser um indicativo da grande quantidade de demandas que recebe sobre o assunto. O importante, para

ele, é a inserção dos ativistas em diversas frentes, para ampliar a possibilidade de passar informações referentes aos direitos das PVHA.

Diversas são as dificuldades do Grupo Pela Vidda Niterói em dar continuidade ao trabalho da Assessoria Jurídica. Apesar do interesse de vários estudantes de direito em estagiar nessa ONG, muitos acabam desistindo por falta de ajuda de custo. Além disso, essa área do direito não é rentável e, segundo a advogada, muitos acabam desistindo de trabalhar com esse público. Um dos desejos da Ativista 2 é organizar uma assessoria volante para levar o atendimento jurídico até as unidades de saúde. O problema é o financiamento desse projeto, sobretudo para deslocamento da equipe e organização do espaço de trabalho.

Mesmo sobrecarregada para conseguir realizar todas as demandas da ONG, a Ativista 2 acredita que a participação em atividades fora do Grupo Pela Vidda Niterói, como grupos de convivência e bate-papos demandados pelas assistentes sociais de diversas unidades de saúde, é uma grande oportunidade de levar informações, materiais e manuais sobre os direitos das PVHA, para um maior número possível de pessoas. Para essa ativista, é difícil formar pessoas capacitadas, que consigam passar esse tipo de informação e de lutar pelos direitos dessa população e, por isso, muitas Assessorias Jurídicas de ONGs de aids fecharam, sendo a única advogada no Grupo Pela Vidda Niterói.

A mesma entrevistada também é constantemente convidada por diversas instituições, nacionais e internacionais, para participar de eventos sobre os direitos das PVHA. Nestes espaços, ela tem a oportunidade de trocar informações importantes, além de materiais, vivências e soluções. Contudo, a rede de apoio, composta por outros advogados, não funciona como antigamente, quando eram trocadas informações sobre os processos por telefone e fax, em uma época em que não existia e-mail como forma de comunicação. Hoje em dia, essa troca se dá entre alguns advogados sensibilizados e que ainda aceitam casos relacionados a HIV/aids e, por isso, ligam para a Ativista 2 para tirar dúvidas. Quando a ativista participa de palestras, alguns profissionais de saúde e advogados perguntam como devem proceder em casos de violação de direitos das PVHA.

#### 5.3.3.1 Materiais informativos sobre os direitos das PVHA

O Grupo Pela Vidda Niterói desenvolveu, em parceria com outras ONGs, duas cartilhas importantes para o repasse de informações sobre os direitos das PVHA: 1 - “Criminalização e Exclusão Social”; 2 - “Previdência e Exclusão Social”. Ambas foram publicadas no ano de 2014, em papel e meio eletrônico, e são as primeiras e únicas edições. A primeira cartilha aborda

a criminalização da transmissão sexual do HIV, bem como declarações, documentos, diretrizes e diversos instrumentos internacionais que vão contra a ideia de criminalizar as PVHA. As ONGs acreditam que esse tipo de legislação pode reforçar o estigma e a discriminação dessa população. Essa cartilha também disponibiliza, na íntegra, o teor da Lei N<sup>o</sup> 12.984, de 2 de junho de 2014, que protege as PVHA de discriminação.

Já a segunda cartilha traz informações detalhadas sobre todos os benefícios relacionados ao INSS, como a aposentadoria, os auxílios, a pensão por morte, o salário-maternidade, a LOAS, entre outros. Há uma parte detalhada sobre as novas diretrizes da perícia médica do INSS - implementadas em 2014 - que aborda o estigma e a discriminação, o sigilo profissional e outros aspectos relevantes para a avaliação da perícia. A cartilha ainda apresenta casos judiciais encaminhados pelas Assessorias Jurídicas das ONGs que participaram da construção do material informativo.

Essas cartilhas foram desenvolvidas em função do “Projeto Brasil Sem Discriminação”, coordenado pelo Grupo Incentivo à Vida (GIV), e tiveram como princípio a redução de estigma, discriminação e preconceito, além da ampliação de ações relacionadas aos direitos humanos para a defesa das PVHA. As três ONGs envolvidas, Grupo Pela Vidda Niterói, GIV e o Centro de Apoio ao Cidadão (CAC), tiveram como foco a disseminação de informações sobre a Previdência Social<sup>27</sup> e o intuito de ampliar as discussões no que tange à exclusão social<sup>28</sup>.

O Grupo Pela Vidda Niterói participou do desenvolvimento desse material porque já trabalhava com os temas abordados nas cartilhas. Além disso, o Ativista 1 já tinha um trabalho intenso de *advocacy*<sup>29</sup> e o “Projeto Brasil Sem Discriminação” possibilitou o prosseguimento dessa atividade. O projeto também ofertou o Curso de Direitos Humanos em HIV/aids, realizado em Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo (nos estados das três ONGs). As cartilhas se transformaram em um aliado importante para o repasse de informações sobre os direitos das PVHA.

Além de participar do desenvolvimento das cartilhas, a ONG também produziu o “Manual de Direitos Humanos em HIV/aids: Capacitação para o exercício da cidadania”<sup>30</sup>. Esse manual é mais pontual e aborda: as leis de proteção e os direitos das PVHA que estão no

---

<sup>27</sup> Para ler na íntegra a cartilha sobre previdência e exclusão social, acessar: <[http://giv.org.br/Publica%C3%A7%C3%B5es/Cartilha-Previdencia\\_Exclusao.pdf](http://giv.org.br/Publica%C3%A7%C3%B5es/Cartilha-Previdencia_Exclusao.pdf)>.

<sup>28</sup> Para ler na íntegra a cartilha sobre criminalização e exclusão social, acessar: <[http://giv.org.br/Publica%C3%A7%C3%B5es/Cartilha-Criminalizacao\\_Exclusao.pdf](http://giv.org.br/Publica%C3%A7%C3%B5es/Cartilha-Criminalizacao_Exclusao.pdf)>.

<sup>29</sup> O termo *advocacy*, advocacia ou advogar em português se refere às atividades para defender uma causa por meio de uma pressão política, geralmente pela sociedade civil, com o objetivo de dar visibilidade a determinados temas ou questões para a transformação da sociedade (LIBARDONI, 2000).

<sup>30</sup> No manual, não há informação sobre o ano da publicação.

mercado de trabalho; a legislação sobre previdência e assistência social; as informações sobre o tratamento médico; entre outras questões, como a discriminação e os processos por dano moral dessa população.

### 5.3.3.2 O Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e Aids

Há alguns anos o Grupo Pela Vidda Niterói organiza o Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e Aids. Esta atividade foi desenvolvida pela Assessoria Jurídica da ONG e tem o objetivo de divulgar informações sobre os direitos das PVHA, sendo a base para o empoderamento dessa população. A partir do acesso às informações sobre a legislação de proteção, as PVHA podem impedir que alguma violação aconteça.

Os entrevistados não indicaram a data do primeiro curso<sup>31</sup> ofertado pela ONG, mas a Ativista 2 informou que são abertas de duas a três turmas por ano. É por meio dos projetos da Assessoria Jurídica que o Grupo Pela Vidda Niterói consegue fornecer o *coffee break* para aqueles que participam do curso, além de desenvolver apostilas. Em 2016, o curso foi ofertado no Instituto Nise da Silveira, localizado no bairro de Engenho de Dentro na cidade do Rio de Janeiro, em um único<sup>32</sup> dia, e o Ativista 1 foi o coordenador e a Ativista 2 foi a advogada.

O público-alvo do curso são as PVHA, mas hoje em dia a maior procura é de profissionais de saúde, sobretudo aqueles que trabalham na atenção básica. Para o Ativista 1, a taxa de inscrição das PVHA é muito baixa, mesmo a ONG pagando a passagem até o local do curso e alimentação, pois muitos estão acomodados pelos benefícios que já conseguiram, como a aposentadoria e o acesso aos medicamentos. Para o entrevistado, a situação atual do movimento social é muito distinta de 20 ou 30 anos atrás, porque as PVHA já conseguiram muitos direitos. No começo da epidemia, as pessoas tiveram que protestar nas ruas para conquistar muitas coisas.

Em relação ao conteúdo programático do curso, a abordagem principal é em torno dos direitos das PVHA e na ética médica, sendo temas que permanecem no contexto de HIV/aids. Outras questões, ligadas às inovações (medicamentos e prevenção da transmissão) e à atenção à saúde, são debatidas pelo viés dos direitos humanos. A discriminação, a criminalização e os direitos das PVHA, como a não realização da testagem compulsória do HIV nos concursos públicos, também são assuntos pautados pelo curso.

---

<sup>31</sup> Em uma pesquisa realizada na internet, descobrimos referências desse curso no ano de 2013, mas não podemos afirmar que ele não foi ofertado em anos anteriores.

<sup>32</sup> Geralmente o curso dura dois dias e, no ano de 2016, ele ocorreu somente em um dia.

Cada ano o curso tem ênfase em um determinado assunto. No ano de 2016, os temas recorrentes foram: os direitos das PVHA no trabalho; a testagem compulsória do HIV no acesso ou ambiente de trabalho; a Previdência Social; as novas diretrizes do INSS para HIV, Tuberculose e Hanseníase; o estigma e a discriminação relacionados às PVHA e o trabalho de *advocacy* do Grupo Pela Vidda Niterói.

Para o Ativista 1, é importante fornecer informações sobre os direitos das PVHA nos cursos, para que os participantes virem multiplicadores do conhecimento, ampliando o saber sobre o que foi discutido na capacitação. Este entrevistado revelou, ainda, que muitas PVHA têm diversas dúvidas em como viver com HIV/aids, questões relacionadas aos direitos previdenciários, de cunho social e de como se relacionar com novos parceiros sexuais. Outra incerteza das PVHA é sobre o sigilo do diagnóstico, sendo que ele sempre deixa claro que ninguém é obrigado a revelar a sorologia: “[...] não é da conta de ninguém”.

Esse ativista enfatizou o importante papel das assistentes sociais para o repasse de informações referentes aos direitos das PVHA. Por isso, para ele, é muito importante a participação dessas profissionais de saúde no curso, para que possam orientar da melhor forma possível aqueles que receberam um diagnóstico de HIV. O entrevistado afirmou que é muito difícil encontrar profissionais capacitados em relação aos direitos das PVHA, sendo primordial o interesse deles para esse tipo de formação.

O Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e Aids começou a ser demandado também em outros lugares no Brasil, como na cidade de Manaus e no estado de Roraima. O Ativista 1 percebeu que os problemas mais significativos nesses lugares são de questões relacionadas à Previdência Social. Ele ainda mencionou que uma assistente social, em um evento de outro movimento social, denominou aqueles com HIV/aids de “aidéticos”; para o entrevistado, um termo pejorativo, que ainda é utilizado, mesmo após 30 anos da epidemia, demonstrando o caráter primordial da capacitação.

#### 5.3.3.3 Os seminários do Grupo Pela Vidda Niterói

O Grupo Pela Vidda Niterói organiza, desde 2010, diversos seminários nacionais relacionados aos direitos das PVHA. No ano de 2016, ocorreu o “IV Seminário Nacional de Enfrentamento da Discriminação, Criminalização e Violação de Direitos no Contexto do HIV e aids”, que debateu os seguintes temas: a criminalização da transmissão sexual do HIV; o processo de testagem do HIV (a testagem compulsória em concursos públicos, o testar e tratar, os limites e desafios para o processo de testagem e os aspectos éticos e políticos); o acesso ao



trabalho, a redução do tempo de contribuição e aposentadoria especial para as PVHA; além dos diversos aspectos do estigma e da discriminação relacionados ao HIV. O público do seminário foi, basicamente, de ativistas e as mesas foram compostas por: uma técnica do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais; uma representante do UNAIDS Brasil; um profissional da Secretaria de Direitos Humanos de São Paulo; acadêmicos; ativistas e um juiz.

Entre os relatos de discriminação no ambiente de trabalho, nesse seminário, destacou-se o depoimento de uma PVHA, que foi entrevistada em nossa pesquisa e que trabalha na Aeronáutica, e foi palestrante nesse seminário, contando todo o processo de discriminação pelo qual passou no trabalho. Em uma das mesas, um soropositivo deu o testemunho sobre como foi a descoberta do diagnóstico de HIV. Ele estava passando pelo processo seletivo para Sargento do Exército quando fez um teste compulsório para HIV. Ele recebeu o resultado positivo no hospital do Exército, pela banca de saúde do concurso, da seguinte forma: você está eliminado do concurso porque tem HIV. Importante frisar que em nenhum momento os profissionais de saúde tiveram a preocupação com a reação dele após a divulgação do diagnóstico e não fizeram um aconselhamento. Ele tentou processar o Exército e procurou o Pela Vidda Niterói, mas a Assessoria Jurídica pensou que ele queria pedir a reforma militar e não era o caso, porque ele queria conseguir o ingresso. Depois desistiu do processo e fez faculdade de Ciências Sociais na Universidade Federal do Rio de Janeiro e hoje em dia é professor de Sociologia do estado.

#### 5.3.3.4 O trabalho de *Advocacy* do Grupo Pela Vidda Niterói

Os ativistas do Grupo Pela Vidda Niterói desenvolvem um importante trabalho de *advocacy*, relacionado, sobretudo, a políticas públicas para o acesso das PVHA ao mercado de trabalho/aposentadoria. O Ativista 1 está à frente do projeto e sempre está disponível para viajar até Brasília, para conversar com técnicos do Ministério do Trabalho e Previdência Social e do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. O entrevistado sempre procurou manter um bom relacionamento com estes profissionais para que eles possam considerar as suas propostas. Como exemplo, o ativista citou as novas diretrizes para a perícia médica do INSS<sup>33</sup>, pois foram acrescentadas algumas orientações para a avaliação das PVHA que pretendem se aposentar, ou que querem solicitar o auxílio-doença.

---

<sup>33</sup> As novas diretrizes do INSS para HIV/aids, Tuberculose e Hanseníase foram publicadas em 04 de junho de 2014 (Resolução Nº 416).

Em 2015, o Ativista 1 criou a “Sociometria do trabalho e Previdência Social”<sup>34</sup>, que consiste no preenchimento de um formulário online pelas PVHA, criado no Google Forms, com perguntas abertas e fechadas. A primeira parte do formulário consiste nas informações sociodemográficas, tais como: nome; idade; grau de instrução; profissão; sexo; estado; cidade; e renda. O segundo bloco aborda os aspectos da saúde das PVHA e está relacionado a diferentes temas: tempo de infecção; se a pessoa está apta para o trabalho; CD4<sup>+</sup> e carga viral; se faz uso do coquetel e sofre os efeitos colaterais dos medicamentos. O último grupo de perguntas foca questões sobre o trabalho e analisa se os respondentes: recebem algum benefício; se estão desempregados e há quanto tempo; se já foram demitidos em função do HIV; se têm dificuldades em conseguir emprego por causa do HIV e já sofreram discriminação no local de trabalho.

A Sociometria de trabalho e Previdência Social foi criada pelo Ativista 1 para dar suporte ao seu trabalho de *advocacy* e pleitear, junto ao Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social, a redução do tempo de contribuição para as PVHA se aposentarem de 35 para 25 anos entre os homens e de 30 para 20 anos para as mulheres, sem contar o fator previdenciário.

Para que as PVHA consigam ter acesso ao mercado de trabalho, o Ativista 1 está debatendo, com os técnicos do Ministério do Trabalho e Previdência Social, a implementação de uma isenção fiscal, para que as empresas paguem somente 10% dos encargos trabalhistas para os soropositivos contratados. Para ele, a isenção fiscal é mais interessante do que a cota porque não é obrigatória, dando as empresas a opção de selecionar os profissionais. O ativista já entrou em contato com diversas empresas e todas ficaram interessadas com a possibilidade. Para ele, o problema dessa população não é só o preconceito, mas também o afastamento recorrente das PVHA do posto de trabalho, podendo ocasionar a demissão.

O Ativista 1 garante que o sigilo do diagnóstico das PVHA será mantido e as empresas que participarem desse projeto receberão capacitação do Ministério do Trabalho e Previdência Social, sobretudo os funcionários. As ONGs podem oferecer também essa capacitação. Ele deixou claro que as pessoas que trabalham no RH das empresas têm o dever de manter o sigilo sobre o histórico de doenças dos funcionários e aqueles que divulgarem poderão ser enquadrados na Lei Nº 2.984, de 2014, que protege as PVHA de discriminação no ambiente de trabalho.

---

<sup>34</sup> Para ver o formulário, acessar: <[https://docs.google.com/forms/d/1kEs\\_ApKXEEHSwGTeIE10\\_u\\_dCX8OVVJIYMuFSZXdo0/viewform?edit\\_requested=true](https://docs.google.com/forms/d/1kEs_ApKXEEHSwGTeIE10_u_dCX8OVVJIYMuFSZXdo0/viewform?edit_requested=true)>.

Segundo a Sociometria de trabalho e Previdência Social, as PVHA querem continuar trabalhando, mas não conseguem oportunidades de emprego. O Ativista 1 abordou essa busca por colocações no mercado de trabalho nas reuniões com os técnicos do Ministério do Trabalho e Previdência Social, aproveitando para reforçar os benefícios da isenção fiscal para as PVHA. As consequências estão ligadas tanto à melhoria da saúde e autoestima quanto ao aumento da contribuição para o INSS e diminuição dos gastos com os funcionários das empresas, gerando um ganho social.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 A VIOLÊNCIA DIRETA E ESTRUTURAL E A AGÊNCIA NA ANÁLISE DA DISCRIMINAÇÃO NO TRABALHO

A partir dos depoimentos das PVHA entrevistadas, é possível entender que a discriminação dessa população no ambiente de trabalho ainda é uma realidade no Brasil. O levantamento nacional apontou a escassez de publicações sobre o tema, pouco explorado nas pesquisas acadêmicas. Em âmbito internacional, o panorama é distinto, onde encontramos uma rica literatura sobre a discriminação de PVHA no trabalho.

A literatura internacional converge com os dados da pesquisa, como observado no depoimento de uma entrevistada da unidade de saúde. Ela já trabalhou como cozinheira em um restaurante onde o lixo era revirado, para verificar se não tinha se cortado com a faca (PVHA mulher UD 6). Nos artigos europeus, há relatos de acusações de contágio do HIV para a “terceira pessoa”, como em Portugal (PEREIRA, 2010). Nos julgamentos, há uma clara falta de conhecimento científico por parte dos juízes, pois indicam o perigo da transmissão do vírus através do sangue, das lágrimas e do suor, no momento do preparo dos alimentos. O desconhecimento das formas de transmissão do HIV também se aplica aos empregadores e, por isso, foram criados diversos tratados internacionais, além dos documentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT), para regulamentar os deveres dos empregadores que contratam as PVHA (PEREIRA, 2010; SALCEDO; TOVAR; ARRIVILLAGA, 2013).

Apesar dos entrevistados da pesquisa sofrerem discriminação, ninguém pediu demissão, para que o diagnóstico não fosse revelado. Este dado se distingue da literatura nacional sobre o tema, que aponta a demissão como uma ferramenta de proteção pelas PVHA, principalmente entre os homens (GARRIDO et al., 2007). Já as assistentes sociais, ouviram relatos de pessoas que pediram demissão antes de o diagnóstico ser revelado, mas o cenário mudou, porque o mercado de trabalho está mais concorrido e, por isso, as PVHA tentam se manter no emprego.

Algumas PVHA entrevistadas na pesquisa declararam abertamente para os seus empregadores que estavam infectadas pelo HIV e tiveram como resultado a demissão ou sofreram algum tipo de pressão para pedirem demissão. O fato foi observado, principalmente, entre os entrevistados da ONG. Foi a partir da revelação do diagnóstico que os atos discriminatórios começaram a acontecer nos locais de trabalho. Como exemplo, podemos mencionar uma entrevistada da ONG (PVHA Mulher ONG 2) que, após passar um e-mail para

os diretores da empresa onde trabalhava contando sobre a sua sorologia, ela foi isolada em uma sala, outra funcionária começou a aprender o seu trabalho para substituí-la, além de realizar funções que não desempenhava antes.

A partir dos atos de discriminação indireta, a empresa começou a colocar em ação diversos elementos da violência estrutural (GALTUNG, 2004). Os empregadores utilizaram o poder que exerciam dentro da estrutura da empresa para que a entrevistada ficasse constrangida e, dessa forma, pedisse demissão; fato que não ocorreu. A discriminação aconteceu de forma indireta e, segundo a teoria da violência estrutural, ela é inerente à estrutura (HO, 2007; PARKER, 2013). Dessa forma, a empresa revelou como lida com o diferente, aquele que tem uma marca que o diferencia dos demais, após descobrir o diagnóstico da entrevistada.

Nessa direção, a pesquisa quantitativa indicou que 60% dos entrevistados não estavam trabalhando no momento da entrevista e aproximadamente 20 % perderam o emprego após o diagnóstico do HIV. A hipótese é que a demissão possa estar vinculada à revelação do diagnóstico para o empregador ou que a piora da saúde possa ter influenciado a sua dispensa. A perda do emprego ocasionou a piora da situação financeira, a mudança de local de moradia e a perda de independência para as PVHA. A literatura nacional indica que o ambiente de trabalho pode propiciar a melhora da qualidade de vida das PVHA, principalmente nos aspectos psicológicos e nas relações sociais, indo além dos benefícios dos antirretrovirais (CASTANHA et al., 2007). O trabalho também pode proporcionar a essa população uma reinserção social, afetando positivamente a autoestima e causando “bem-estar, respeito próprio, dignidade” e cidadania (FREITAS et al., 2012).

A violência estrutural ficou mais evidente em outro caso, como relatado na entrevista de uma PVHA que trabalhava na Aeronáutica (PVHA Homem ONG 3). Apesar de descobrir o diagnóstico no ambiente de trabalho e de ter o sigilo preservado, quando começou a ter complicações em função dos efeitos colaterais dos medicamentos, o entrevistado teve que procurar os seus superiores para não ter que ficar 24 horas em escala de serviço. Contudo, as Forças Armadas têm regras rígidas para os militares que querem uma licença médica, ou até mesmo para aqueles que querem se aposentar (reforma militar) e que já fazem parte do quadro do serviço. Mesmo passando pela Perícia Médica da Aeronáutica (CEMAL) e levando os laudos da infectologista, o entrevistado não obteve a licença do trabalho. Só conseguiu ser afastado “de boca” pelo seu superior, que ficou sensibilizado pela sua situação, porque também tem HIV. O único benefício que conseguiu foi o de ser transferido para trabalhar administrativamente no quartel.

Outra evidência da violência estrutural nas Forças Armadas está nos editais dos

concursos. Para aqueles que querem fazer a prova e seguir a carreira militar, para formação de Oficiais e Sargentos, o exame de HIV é realizado de maneira compulsória, ou seja, aqueles com diagnóstico positivo não podem fazer parte da corporação. Desde a década de 1980, leis foram criadas para a proteção das PVHA, como assinalado no Capítulo 2 (Contextualização). Porém, as leis que servem para a proteção dos direitos das PVHA podem também prejudicar a progressão desses indivíduos.

A Lei Nº 7.670, de 8 de setembro de 1988, que sancionou os benefícios para as PVHA no Brasil, garante a reforma militar (ESCOLA DE..., 2010). O problema é que, para as Forças Armadas, muitas pessoas com diagnóstico positivo de HIV querem entrar no quadro de empregados para, logo depois, pedirem a reforma. Esta seria uma percepção preconceituosa que muitos no serviço militar têm das PVHA, como pessoas interesseiras e oportunistas, segundo o entrevistado que trabalhava na Aeronáutica. Para a Ativista 2, alguns militares conseguem ser promovidos em função da chefia imediata esconder a sorologia positiva para o HIV, mas, para outros, só resta a justiça comum, para tentar a progressão na carreira após passarem nas provas internas. No caso do entrevistado da Aeronáutica (PVHA Homem ONG 3), ele foi acusado pelos seus superiores de querer se aproveitar dessa lei.

O teste de HIV compulsório para o ingresso nas Forças Armadas é considerado de caráter discriminatório e diversos foram os processos para tentar retirar essa exigência dos concursos, sempre derrotados nos tribunais. A realização do teste é amparada pela Portaria Normativa Nº 1174/MD<sup>35</sup>, de 6 de setembro de 2006, que aprova as normas para avaliação das incapacidades decorrentes de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde das Forças Armadas. Essa norma especifica as doenças entre graves e incapacitantes, onde está incluída a aids, classificando os indivíduos conforme o CD4<sup>+</sup> em três categorias (Grupo I  $\geq 500/\text{mm}^3$ , Grupo II entre  $200\text{-}499/\text{mm}^3$  e Grupo III  $< 200/\text{mm}^3$ ), pelo tipo de agravo decorrente de HIV/aids (Categorias A, B e C) e entre os assintomáticos e sintomáticos (conforme as especificações do CDC americano). Estes componentes fazem parte da avaliação da saúde das PVHA no regime militar.

A partir da Portaria Normativa e de todas as leis que embasam o pedido de exame de HIV no serviço militar, foi institucionalizada a violência estrutural nas Forças Armadas. Por meio do conceito de Goffman (2013), podemos dizer que as PVHA que são identificadas dentro desse contexto de trabalho não são aceitas socialmente e são consideradas inaptas para o serviço militar, recebendo uma “marca” que as identifica. A consequência são os atos discriminatórios,

---

<sup>35</sup> Ministério de Estado da Defesa.

sendo uma resposta comportamental e praticada com atitudes negativas, efetivando o preconceito e o estigma dentro desse espaço (PARKER, 2013).

O último caso relacionado à ONG se refere ao piloto da aviação civil que sofreu discriminação, a partir do momento em que a empresa soube do seu diagnóstico positivo para o HIV (PVHA Homem ONG 1). Apesar de ter o apoio do médico do trabalho, um dos diretores da companhia aérea impediu a sua permanência na empresa e seu posto foi mantido por uma liminar judicial. Desde a exposição do seu diagnóstico, ele começou a sofrer a violência direta e indireta. A violência direta foi relacionada aos seus colegas de trabalho e a violência indireta foi vinculada a um dos diretores da empresa, que queria afastar o entrevistado de qualquer forma. Além disso, apreenderam a sua carteira de saúde, sem a qual não poderia voar.

Partindo desses relatos, entende-se que a discriminação se reflete negativamente na vida das PVHA, ocorrendo de forma direta e indireta. Ao aprofundar a discriminação direta, classificada como violência direta por Galtung (2004) e composta pela cultura da violência e da estrutura violenta, ela é visível e sentida pelos entrevistados. No caso da entrevistada da ONG, a discriminação direta foi percebida, principalmente, por meio da reação inesperada dos filhos, quando contou sobre o seu diagnóstico. Além disso, ela tinha receio que seus clientes descobrissem a sua soropositividade, pois trabalhava em uma agência de viagens e lidava diretamente com o público. Segundo a entrevistada: “As pessoas fingem que não tem preconceito, elas querem ser politicamente corretas o tempo todo” (PVHA Mulher ONG 2).

A discriminação direta também ficou evidente na pesquisa quantitativa, pois ela foi percebida entre os amigos (16,2%), na família (15,9%) e, sobretudo, na comunidade onde vivem (21%) os respondentes. Na pesquisa qualitativa, a discriminação nesses espaços também foi observada pelos entrevistados, principalmente pela dificuldade de algumas famílias aceitarem o diagnóstico de HIV. Todavia, esses aspectos não foram objeto de estudo da pesquisa qualitativa, que se restringiu à discriminação no trabalho.

No estudo qualitativo, conforme o relato do militar, após contar para algumas pessoas sobre seu diagnóstico e de um boato espalhado por um dos seus superiores de que um dos soldados tinha HIV, começou a sentir a discriminação. Em outro caso, relacionado ao piloto da aviação civil, a violência direta também apareceu entre os colegas de trabalho, quando afirmaram que ele não sairia com nenhuma mulher porque todas ficariam sabendo do seu diagnóstico, ou seja, que o entrevistado teria uma morte afetiva, comprovando a violência direta. Herbert Daniel, militante da sociedade civil de aids e fundador do Grupo Pela Vidda Rio, já dizia, na década de 1980, que o combate ao vírus ideológico era muito mais difícil do que o enfrentamento do vírus biológico (GROTZ; PARKER, 2015) e classificava de “morte

civil” a exclusão social pela qual as PVHA passavam no começo da epidemia.

A partir desses casos, podemos pensar nas três funções, do estigma e preconceito, desenvolvidas por Phelan et al. (2013), sobretudo a terceira função, que está relacionada à prevenção de doenças, ligada à violência direta e à exclusão do convívio social daqueles com determinadas doenças, como a aids. Como exemplo, podemos perceber que muitos militares já tinham ideias preconcebidas sobre as PVHA. Quando o entrevistado da ONG revelou para algumas pessoas dentro do quartel a sua soropositividade, houve aqueles que ficaram com receio de se aproximar dele e até perguntaram para uma de suas amigas se ela não tinha medo de abraçá-lo.

Diversos autores indicam que a falta de informação está na raiz dos comportamentos discriminatórios e a mudança de atitude só seria possível com programas de intervenção, sobretudo para os empregadores e aqueles responsáveis pelas contratações, reduzindo o estigma relacionado às PVHA (SURGEVIL; AKYOL, 2011; LIU, 2012). Contudo, a mudança de visão só seria possível por meio de uma abordagem em que essas atitudes e crenças preconceituosas pudessem ser debatidas, para que acontecessem as transformações estruturais necessárias e, com isso, o mercado de trabalho se abrisse para as PVHA (LINK; PHELAN, 2001).

Entre os anos de 2005 e 2012, ocorreu no Brasil a “Pesquisa de Monitoramento de Atividades de Prevenção e Controle da Infecção pelo HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis em Empresas Brasileiras”, desenvolvida pelo Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/Aids (CENAIDS)<sup>36</sup>. Foi aplicado um questionário em 2.485 empresas (de pequeno, médio e grande porte)<sup>37</sup>, com perguntas referentes ao estigma, à discriminação e a acesso/manutenção das PVHA no trabalho, com o foco em: 1 - Coibir a discriminação entre os funcionários sobre pessoas soropositivas ao HIV; 2 - Proibir o requerimento de atestados de exames de HIV/aids para candidatos ou empregados segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS); 3 - Oferecer aconselhamento em HIV/AIDS e outras DSTs; e 4 - Garantir que as pessoas vivendo com HIV/AIDS continuassem no trabalho apropriado, enquanto clinicamente aptas (BRASIL, s/d; PEREIRA; SZWARCOWALD, 2016)<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> Com o apoio do UNAIDS, da OIT, do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais e da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

<sup>37</sup> Em relação ao porte das empresas participantes da pesquisa, 1.418 tinham de 10 a 19 funcionários; 693, de 20 a 49 empregados; 196, de 50 a 99 contratados; e 164 com 100 ou mais trabalhadores.

<sup>38</sup> Para ler sobre os dados dessa pesquisa, ver o apêndice (capítulo de livro publicado).



O relatório de 2012 dessa pesquisa<sup>39</sup> indicou que a maioria das empresas possuem políticas para coibir a discriminação entre os seus funcionários e pessoas vivendo com HIV/aids (64%). Entretanto, somente 36% não pedem o exame de HIV, na admissão e para os seus empregados. A grande maioria (87,3%) garante o emprego das PVHA em um trabalho apropriado, enquanto estas estiverem clinicamente aptas, além de fornecer palestras sobre HIV/aids e outras DSTs (81,1%) e aconselhamento de testagem voluntária para o HIV (66,1%). As palestras são utilizadas como ferramenta para proporcionar aos funcionários o acesso à informação sobre as formas de infecção do HIV e outras DSTs; contratando profissionais capacitados para essa função (81,1%) (ÍNDICE: PESQUISA E OPINIÃO, 2012; PEREIRA; SZWARCOWALD, 2016). Contudo, essa não foi a realidade entre os entrevistados na tese.

Os dados quantitativos e qualitativos dessa pesquisa indicaram diversos obstáculos para a contratação, permanência e reinserção das PVHA no mercado de trabalho e, desta forma, cabe uma análise aprofundada sobre os problemas enfrentados por essa população no emprego. Começamos com os pontos importantes relacionados à contratação.

### **6.1.1 As dificuldades para a contratação das PVHA**

As PVHA relataram diversas dificuldades na hora da contratação e o exame admissional foi apontado como uma barreira nas empresas em função da coleta de sangue. Isso se repete em todas as oportunidades de emprego para aqueles excluídos nessa etapa. A saída, para muitos, é conseguir uma ocupação informal, que pode não garantir uma remuneração fixa mensal. Segundo uma das entrevistadas (PVHA mulher UD 4), que estava em processo seletivo para trabalhar em uma empresa de ônibus, foi exigido o exame de sangue. No momento que eles confirmaram que a candidata estava infectada pelo HIV, a contratação não foi efetivada. A Assistente Social 2 reforça essa ideia, pois para as empresas o candidato ainda não é seu funcionário e, por isso, se ele não fizer a coleta de sangue, ela pode não admiti-lo. O Ativista 1 ainda relatou que muitas empresas não testam para o HIV quando fazem o exame de sangue admissional, mas, por meio de alguns marcadores, podem chegar à conclusão que determinado candidato está com problemas de saúde.

A Ativista 2 deu um exemplo que corrobora o relato da PVHA da unidade de saúde. Ela recebeu uma denúncia de que uma empresa pediu que os candidatos a uma vaga fizessem o

---

<sup>39</sup> O questionário foi aplicado em diversas empresas nas cinco regiões do país e, segundo a pesquisa, os respondentes foram: da área de Recursos Humanos; da Medicina do Trabalho; da Saúde Ocupacional e da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) (ÍNDICE: PESQUISA E OPINIÃO, 2012).

exame de HIV em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), mas como a testagem nesse tipo de lugar é anônima, não colocam o nome da pessoa no resultado, o teste se tornou inválido para o processo seletivo. Para a Ativista, as empresas sabem que esse tipo de testagem é ilegal e se os médicos vinculados às empresas fizerem esse pedido, eles estarão quebrando o sigilo do diagnóstico do candidato.

A testagem do HIV para o acesso ao trabalho é proibida por lei, como indicado na Portaria Nº 1.246 do Ministério do Trabalho<sup>40</sup> (2010); contudo, não há o controle dos exames admissionais no Brasil e, por isso, muitas empresas realizam o teste sem o conhecimento do candidato. Há diversos fatores que podem influenciar negativamente a entrada das PVHA no mercado de trabalho. Além da quebra do sigilo no exame de sangue admissional, a barreira laborativa também está presente na pergunta se o candidato possui alguma doença grave, nas fichas de seleção e nos sucessivos pedidos de auxílio-doença ao INSS, podendo influenciar negativamente a contratação dessa população, porque as empresas podem ficar desconfiadas que determinado candidato tem algum problema sério de saúde (GARRIDO et al., 2007). Phelan et al. (2013) correlacionaram os processos estigmatizantes aos comportamentos, sendo classificados por eles como uma “discriminação estrutural” e concretizada a partir das atitudes preconceituosas. Como exemplo, podemos ver esse tipo de discriminação no processo seletivo nas empresas, como relatado entre os entrevistados da unidade de saúde.

A análise dos dados sociodemográficos da pesquisa quantitativa apontou que a idade e a escolaridade foram fatores que influenciaram na inserção ou não dos entrevistados no mercado de trabalho. Quanto mais baixa a escolaridade e mais velho o entrevistado, menores as chances de emprego, sobretudo entre aqueles na faixa etária da população economicamente ativa. Alguns autores correlacionam determinados fatores que dificultam o acesso ao trabalho para as PVHA, como, por exemplo, baixa escolaridade, pouca qualificação e experiência profissional (DRAY-SPIRA et al., 2003). Isso indica que o desemprego pode ter graves consequências para as PVHA no Brasil, afetando o autocuidado dessa população e, conseqüentemente, reduzindo as chances de emprego. No entanto, entre aqueles com ensino superior, uma parcela considerável, sobretudo as mulheres (50%), não estava trabalhando no momento da entrevista, assinalando a possibilidade de outros fatores para a não permanência das PVHA no trabalho, como o estado de saúde.

---

<sup>40</sup> Proíbe, de forma direta e indireta, o pedido de exame de sorologia para o HIV em admissão, mudança de função, avaliação periódica, retorno, demissão ou outros ligados à relação do emprego.

### 6.1.2 Os obstáculos para a permanência das PVHA no emprego

No que tange a dificuldades para a permanência no emprego, a discriminação entre os colegas de trabalho (violência direta) é um fator que contribui para que as PVHA decidam sair das empresas, como também um motivador para que lutem por suas aposentadorias. Além disso, o medo da discriminação faz com que as PVHA não revelem o diagnóstico no ambiente de trabalho. Para isso, muitos utilizam diversas estratégias para que o HIV fique em segredo, como no pedido de declaração para as assistentes sociais ao invés de levarem o atestado médico carimbado por um infectologista, ou mesmo quando não conseguem explicar as diversas ausências em função das consultas médicas.

A partir do medo da revelação do diagnóstico, as PVHA antecipam o sofrimento de discriminação, sobretudo pela representação social da doença e, por isso, escolhem o segredo como forma de evitar problemas futuros, afetando também os cuidados de saúde desses indivíduos (ALMEIDA; LABRONICI, 2007). As táticas para esconder a sorologia positiva se enquadram no que Goffman (2013) chama de “técnicas de controle de informação”, onde as PVHA podem utilizar diversos métodos para ocultar a sua marca, ou seja, HIV/aids. A literatura internacional revelou que esses fatores são encontrados desde o começo da epidemia, pois as PVHA tinham o receio de revelar o diagnóstico e serem demitidas. HIV/aids era difícil de ser mantido em segredo pela falta de flexibilização de horário para as consultas médicas e exames necessários (JALBERT, 1997/1998).

Por outro lado, a discriminação indireta, classificada por Galtung (2004) de invisível e onde está inserida a violência estrutural, revela-se tanto no poder desigual como nas oportunidades de vida desiguais (GALTUNG, 1969; PARKER, 2013; HO, 2007). Dessa forma, a estigmatização foi vinculada aos processos sociais de forma mais ampla, ou seja, não necessariamente a discriminação ocorre com um indivíduo, mas a partir de uma estrutura que facilite que ela aconteça (PARKER, AGGLETON, 2003). Para Galtung (2004), a violência cultural e estrutural, que forma a base do “triângulo da violência”, como demonstrado no Capítulo 3 (Referencial teórico), pode causar a violência direta e ela reforça a violência cultural e estrutural, como se uma se alimentasse da outra.

Nos dados qualitativos, a discriminação indireta foi vista nos depoimentos dos entrevistados, como no caso do militar. Mesmo se ele passasse no concurso para subir de patente na Aeronáutica, os seus superiores sempre o lembravam que nunca conseguiria a progressão, pois o diagnóstico de HIV estava no seu prontuário médico, representando um fator decisivo para a sua aprovação. Além disso, é praticada nas Forças Armadas a testagem

compulsória para o HIV, caracterizada como uma violência estrutural. Esse tipo de violência indireta dentro da Aeronáutica reforça a discriminação direta e, para o militar entrevistado, o trabalho se tornou insuportável, principalmente pela pressão psicológica que sofria nesse ambiente. Na pesquisa, a discriminação está na impossibilidade de progressão da carreira por aqueles que se descobriram HIV positivo, seja nas Forças Armadas ou até mesmo na iniciativa privada.

Outro tipo de violência estrutural pelo qual o mesmo entrevistado passou consiste na dificuldade para conseguir a reforma militar, sendo um benefício concedido por lei. Ele entrou com um processo na justiça comum para conseguir a reforma, mesmo contrariando a sua vontade inicial de permanecer na Aeronáutica. O quadro se reverteu quando ele não conseguiu passar na prova interna para Soldado de Primeira Classe, sendo que das três chances que tinha para fazer a prova, em uma tentativa ele estava internado em decorrência de HIV/aids. Com isso, em 2013, ele foi desligado da Aeronáutica<sup>41</sup> e voltou para o trabalho com uma liminar.

A Portaria Normativa Nº 1174/MD<sup>42</sup> considera que as PVHA que já estão inseridas nas Forças Armadas podem permanecer no serviço, conforme o item 35, Normas de Procedimento das Juntas de Inspeção de Saúde – SIDA/Aids. Elas devem ser acompanhadas por um médico especializado e precisam realizar uma inspeção de saúde em menos de 12 meses. Aquelas afastadas e temporariamente incapazes para o serviço ativo devem passar por uma inspeção de saúde em menos de 180 dias. As que estão apresentando um agravamento na condição de saúde devem apresentar a remissão do quadro clínico e laboratorial depois de 90 dias de tratamento especializado (refazendo a inspeção após mais 180 dias). Somente aqueles que foram considerados definitivamente incapazes para o serviço e inválidos conseguem a reforma militar.

Se a lei que rege a inspeção de saúde militar indica que aqueles com boas condições de saúde podem permanecer no quadro, por que as PVHA não podem progredir na carreira? A reforma imediata após o diagnóstico de HIV ocorreu até a metade da década de 1990, quando a aids era sinônimo de morte, mas a partir da introdução dos antirretrovirais e da melhora da condição de saúde para o trabalho das PVHA, este quadro foi revertido (ESHER, 1999). Contudo, as PVHA ficam extremamente desmotivadas por serem obrigadas a permanecer, pelo resto da vida laborativa, no mesmo posto, mesmo com condições de passarem nas provas internas para progredirem na carreira militar. Este é o primeiro ponto que desmotiva os militares

---

<sup>41</sup> Ele só poderia ficar por dois anos na Aeronáutica e, para permanecer no serviço, teria que passar na prova interna.

<sup>42</sup> Apesar de existirem outras leis vinculadas às Forças Armadas e à Aeronáutica, analisamos a lei mais recente, que aborda as doenças incapacitantes para a atividade militar.

HIV positivos de permanecerem nesse serviço. O segundo ponto é o desgaste psicológico causado pela discriminação dentro desse ambiente, não considerado na inspeção de saúde; por isso, a justiça comum é utilizada para conseguir a reforma.

A violência estrutural é peça integrante desse tipo de discriminação, pois não está vinculada à discriminação direta e visível, mas faz parte de uma estrutura que impede que determinadas pessoas, como as PVHA, consigam ou permaneçam nos seus empregos. Assim, quando a violência estrutural é institucionalizada, ela acaba se tornando visível. Esse tipo de violência também revela como o poder é exercido de forma desigual entre os empregadores e os empregados e está associado, sobretudo, a sua distribuição entre os atores sociais (GALTUNG, 1969; PARKER, 2013; HO, 2007).

Outra entrevistada da ONG, após passar por muita pressão para que pedisse demissão, conseguiu ficar por dois anos de licença médica. Ela desenvolveu a síndrome do pânico<sup>43</sup>, relacionada ao trabalho e, por isso, tem “pavor” de voltar para o emprego. Ela indica que a violência estrutural foi realizada de forma sutil, para que não fossem geradas provas em um futuro processo (PVHA Mulher ONG 2). A revelação do diagnóstico para os empregadores também afetou uma entrevistada da unidade de saúde (PVHA mulher UD 1). Ela contou que estava com HIV para o seu chefe e o filho dele começou a pressionar o pai para demiti-la. Neste caso, o diagnóstico positivo para o HIV foi utilizado como um pretexto para que o filho do dono da empresa pudesse retirá-la do cargo de secretária.

Outra possibilidade de as empresas descobrirem o diagnóstico de HIV/aids dos seus empregados é pelo CID, no pedido de auxílio-doença do INSS, onde a aids é classificada de B20 até B24. Segundo o Ativista 1, o RH das empresas tem acesso a essa informação, dificultando a permanência das PVHA no emprego. A estratégia utilizada por elas para dispensar essa população, para o entrevistado, é demitir um determinado número de funcionários e colocar a PVHA nesse grupo. Podemos considerar esse artifício como uma violência estrutural, pois as empresas que fazem isso não querem uma PVHA como funcionária. Portanto, criam uma forma de dispensar esses indivíduos em uma discriminação velada e que pode ser repetida sistematicamente em casos parecidos e até mesmo em relação a outras doenças. Contudo, a Ativista 2 nunca recebeu denúncias de que empresas tiveram acesso ao CID dos funcionários e, segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina N° 1.658<sup>44</sup>, de 20 de dezembro de 2002, Art. 5º, que regulamenta a emissão dos atestados: “Os médicos

---

<sup>43</sup> A entrevistada conseguiu a licença médica em função das cirurgias reparadoras que teve que fazer e não em função da síndrome do pânico.

<sup>44</sup> Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências.

somente podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal”.

O Ativista 1 ainda revelou que as empresas procuram contratar pessoas “saudáveis”, com a menor probabilidade de adoecer e, conseqüentemente, com poucas chances de se ausentar do posto de trabalho, em função de consultas médicas e do auxílio-doença. O adoecimento seria uma forma de prejudicar o lucro das empresas e, por isso, aqueles com doenças crônicas e estigmatizantes, como a aids, estariam atrelados a uma condição negativa tanto para a permanência quanto na contratação do emprego (LAURELL, 1982).

A permanência das PVHA no emprego também é permeada por outros fatores, como a capacidade física e psicológica para se manterem nos postos de trabalho. As entrevistas com as PVHA indicaram que os aspectos físicos e psicológicos foram determinantes para a permanência ou não nos postos de trabalho, afetando a decisão de saída do emprego. Os dados quantitativos, de abrangência nacional, apontaram que a qualidade de vida das PVHA também é influenciada pelos aspectos psicológicos e a depressão pode ser uma barreira para a busca e a permanência no posto de trabalho. Assim, a saúde mental das PVHA pode influenciar, no retorno ao emprego (OMIYA et al., 2014).

Diversos entrevistados relataram como a saúde mental foi afetada pelo processo de discriminação no emprego. Como exemplo, uma entrevistada da ONG desenvolveu a síndrome do pânico em função da pressão sofrida no trabalho, culminando na depressão e nas crises de “ausência” (PVHA Mulher ONG 2). A relação de poder exercida pelos empregadores desencadeou um sofrimento psicológico, pois a discriminação ocorreu através de diversas situações que permitiram que os componentes do estigma ficassem em evidência (LINK; PHELAN, 2001).

Outro fator que pode gerar depressão nas PVHA está relacionado ao receio em revelar o diagnóstico de HIV aos empregadores, como relatado pelas assistentes sociais. Para elas, a depressão também pode estar vinculada a outros tipos de problemas, como a baixa autoestima, refletindo na piora da qualidade de vida, em função do abandono da terapia antirretroviral (TARV). A interrupção do tratamento afeta negativamente a capacidade laborativa dos soropositivos, prejudicando a manutenção dessa população no emprego.

A literatura releva que a depressão é uma realidade entre as PVHA no mundo. Na década de 1990 e começo dos anos 2000 a depressão era considerada, entre os transtornos psiquiátricos, o de maior prevalência nos indivíduos infectados com HIV (MALBERGIER; SCHÖFFEL, 2001). No mesmo período, a avaliação da qualidade de vida das PVHA, conjugada com outros fatores, como estado de saúde, problemas decorrentes do adoecimento pela aids e dificuldade

de uma melhora no quadro clínico, poderia afetar negativamente a saúde dessa população, gerando depressão, ansiedade e criando dificuldades para a adesão ao tratamento. Alguns aspectos foram considerados atenuantes para o impacto negativo de HIV/aids na vida das pessoas, como o apoio psicossocial (REMOR, 2002).

A depressão pode estar também associada aos diversos elementos ligados a vida das PVHA, como as drogas, a orientação sexual e as experiências de estigma (STUMPF et al., 2006). Assim, aqueles que, além do HIV, carregam outras marcas, podem ter a possibilidade maior de desenvolver depressão. Goffman (2013) vincula o estigma a uma marca decorrente de comportamentos considerados desviantes e o HIV pode reforçar essas marcas, principalmente pela forma de contágio, diferenciando as PVHA da população geral.

Em anos mais recentes, um estudo com 228 PVHA, usuárias de um serviço especializado em Ribeirão Preto, apontou que 27,6% apresentavam depressão, sendo que, entre as mulheres, os sintomas eram mais graves. De 22 a 45% das PVHA no mundo sofrem de depressão, causada tanto por fatores sociais quanto psicológicos, como a exclusão social e a dificuldade de relacionamento afetivo-sexual, sendo que o tratamento com psicotrópicos e diagnóstico só ocorre de 40 a 50% dos casos. A depressão pode prejudicar a qualidade de vida das PVHA, afetando a saúde dessa população, causando perda da produtividade e comprometendo a capacidade laborativa. Mesmo com o desenvolvimento do tratamento do HIV, ainda falta um melhor preparo dos profissionais de saúde para abordar os aspectos psicossociais da epidemia (REIS et al., 2011).

Um estudo longitudinal brasileiro mostrou uma alta prevalência de ansiedade (51,5%) e depressão (40,6%) entre as PVHA, impactando na não aderência da TARV e conjugando com outros fatores, como baixa escolaridade, desemprego, consumo de álcool e uso de drogas injetáveis (CAMPOS; GUIMARÃES; REMIEN, 2010). No trabalho com os dados utilizados nesta pesquisa, foi observado que o grau de depressão ou ansiedade, seja intenso ou muito intenso, foi mais elevado do que na população geral, em torno de 34% nos homens e 47% nas mulheres nos 30 dias anteriores à aplicação do questionário (SOUZA-JÚNIOR; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011).

Os dados da pesquisa quantitativa revelaram como os problemas psicológicos afetaram a não permanência no emprego entre os entrevistados, pois 69,1% dos homens que se sentiram cabisbaixos ou deprimidos em um grau intenso ou muito intenso não estavam trabalhando e esse percentual foi de 73,5% entre as mulheres. Elas também apresentaram um resultado mais alto do que os homens, em relação ao grau de preocupação e ansiedade (69,2%). Entre aquelas que apresentavam um grau intenso e muito intenso em relação ao sentimento de depressão,

cerca de 32% perderam o emprego. Consequentemente, podemos dizer que as mulheres HIV positivas sofrem mais de depressão do que os homens, como já abordado por Reis et al. (2011). Mello e Malbergier (2006), em um estudo com 120 mulheres portadoras do HIV, revelaram que, no grupo pesquisado, a prevalência de episódios depressivos foi de 25,8%, maior do que a observada na população feminina em geral. E cerca de 48% desses episódios ocorreram após o diagnóstico de infecção pelo vírus, principalmente entre aquelas que apresentavam um quadro sintomático do HIV.

Em estudos anteriores nacionais, a depressão entre as PVHA foi associada com a perda do emprego e baixa renda (SZWARCOWALD; BASTOS; ESTEVES, 2005; SILVEIRA et al., 2012). Os dados quantitativos desta pesquisa indicaram que a perda do emprego acarretou a piora da situação financeira das PVHA e os dados qualitativos mostraram como o diagnóstico de HIV e as situações de discriminação também afetaram financeiramente os entrevistados. A perda financeira para uma entrevistada ocorreu, sobretudo, pela remuneração que recebia “por fora” e não constava na carteira assinada (PVHA Mulher ONG 2). Com isso, quando começou a receber o auxílio-doença, a renda familiar, que era de R\$ 20.000,00 por mês, caiu para R\$ 4.500,00, já contando com o salário do seu marido. A queda da renda afetou todos os aspectos da vida dessa entrevistada, pois ela começou a deixar de pagar o financiamento do seu apartamento, feito pela Caixa Econômica Federal, a previdência privada, além de perder o plano de saúde.

A perda da renda também afetou os entrevistados da unidade de saúde. Uma PVHA que trabalhava como cuidadora de crianças teve que se afastar dessa função porque uma das mães descobriu o seu diagnóstico e ficou com medo dela transmitir o HIV para a filha, como, por exemplo, por arranhões (PVHA mulher UD 6). Em outro caso, um entrevistado que trabalhava como camelô disse como sofria com o preconceito diariamente. Ele tem que se controlar para não brigar com outras pessoas em função da discriminação direta (PVHA homem UD 3). Assim, a falta de informação sobre as formas de transmissão do vírus ainda é latente no Brasil. A violência direta pode gerar uma perda financeira para essa população, sobretudo pela produção das hierarquias sociais e na classificação das PVHA em categorias distintas, em função da construção de estereótipos (LINK; PHELAN, 2001).

Em relação à capacidade física de as PVHA se manterem no trabalho, para a Ativista 2, aqueles com um longo tempo de exposição ao vírus e ao uso da TARV tem uma maior probabilidade de desenvolver sequelas e comorbidades, podendo trazer alguma incapacidade física para as PVHA. Entre os entrevistados HIV positivos, vemos relatos de como HIV/aids e o uso dos medicamentos influenciaram na não permanência no emprego. Uma entrevistada da



unidade de saúde falou como se sentia cansada e, por isso, pediu para o seu empregador a mandar embora (PVHA mulher UD 6). Outro entrevistado, que trabalha na Aeronáutica, relatou como a baixa imunidade afetou o seu desempenho nas atividades do trabalho e, por isso, batalhou para que fosse transferido para a área administrativa do quartel (PVHA Homem ONG 3).

Na análise dos dados quantitativos, a boa autoavaliação de saúde dos entrevistados foi considerada importante para a permanência no emprego, mas não foi o único motivo. Cerca de 45% dos homens e mais da metade das mulheres que consideraram a capacidade de trabalho excelente, boa ou moderada não estavam trabalhando no momento da entrevista. Isso significa que a permanência no emprego pode ter diversos aspectos, indo além da boa autoavaliação física e de saúde. A maioria dos entrevistados que consideraram a capacidade para o trabalho como ruim ou péssima não estavam trabalhando.

A noção sobre o que é ou não uma condição incapacitante para o trabalho foi distinta entre os profissionais de saúde e ativistas. Os ativistas chamaram atenção para os aspectos psicossociais de HIV/aids, além da incapacidade em função do tipo de trabalho realizado pelas PVHA, como o de gari, por exemplo, que exige um esforço físico. Já uma das assistentes sociais indicou que alguns soropositivos se deixam adoecer para conseguirem determinado benefício e o infectologista, com uma visão biomédica, deteve-se aos aspectos físicos de HIV/aids e ao tratamento para uma melhor qualidade de vida. Entretanto, o infectologista não levou em consideração a condição psicológica de cada pessoa que vive com HIV/aids e que pode prejudicar a produtividade no trabalho.

Um artigo elaborado a partir dos dados quantitativos analisados nessa pesquisa apontou que a boa autoavaliação de saúde das PVHA é percebida por meio da ausência de sintomas relacionados ao HIV, como a falta dos efeitos colaterais dos medicamentos, mas a baixa contagem de CD4<sup>+</sup> piora a percepção sobre a saúde. E muitas PVHA entrevistadas não superaram os traumas psicológicos gerados pela descoberta do diagnóstico, sendo um aspecto importante na autoavaliação da saúde (SOUZA-JÚNIOR; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011). A percepção da qualidade de vida dessa população também é permeada por outros fatores, tais como: idade; escolaridade; sexo; estado civil; renda mensal; nível de linfócitos CD4<sup>+</sup> e outros (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

O apoio e a inclusão social são outros fatores para a boa qualidade de vida das PVHA, sobretudo de família e amigos, sendo importante para a motivação pela busca do emprego, além da boa relação médico-paciente para a manutenção das PVHA no tratamento, ajudando na

melhora da saúde desses indivíduos (OLIVEIRA FILHO et al., 2014; PEREIRA; SILVA; OLIVEIRA, 2015). Com a inclusão social, o medo do estigma e a discriminação podem não se tornar central na vida dessa população, afetando positivamente a condição psicológica das PVHA. Há autores que chamam atenção para o trabalho que deve ser realizado entre indivíduos, conjugado com fatores institucionais, sociais e em parceria com as famílias para que as PVHA possam ter aderência à TARV para uma melhor qualidade de vida. Além disso, os serviços de saúde podem realizar intervenções em torno dos aspectos culturais e estruturais dos soropositivos. A participação da comunidade, sobretudo no aprendizado em como lidar com o estigma da aids pode fazer parte das estratégias na superação de obstáculos, na promoção dos direitos humanos e nas mudanças, tanto da legislação quanto das práticas discriminatórias contra essa população (CRUZ et al., 2016).

Os dados quantitativos mostraram que mais de 70% dos entrevistados não tinham faltado ao emprego para consultas médicas ou hospitalizações nos 30 dias anteriores à entrevista. Esse dado indica que a aderência ao tratamento entre aqueles que estavam empregados impacta na saúde das PVHA, ou seja, a permanência no trabalho pode trazer benefícios tanto econômicos quanto de saúde. Um recente estudo assinala que a TARV melhora a qualidade de vida dessa população e diminui o número e a duração das internações (NUNES et al., 2015). A pesquisa ainda revelou que 45,5% dos homens e 39% das mulheres que avaliaram como nenhum, leve ou moderado, o grau de dificuldade em seguir o tratamento, estavam empregados, contra 64,4% dos homens e 70,8% das mulheres que sentiam um grau de dificuldade intenso ou muito intenso e que não estavam trabalhando, confirmando a relação entre aderência ao tratamento e a inserção no mercado de trabalho. Como exemplo, podemos citar um trabalho que correlaciona a boa alimentação e o emprego como sendo de caráter central nas representações sociais das PVHA, importante para a qualidade de vida, além de outros componentes, como o tratamento, a família e as medicações (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015).

No entanto, para aqueles com dificuldade em se manter no emprego por conta de problemas de saúde relacionados a HIV/aids, principalmente após um longo período de tratamento, cabe ressaltar a importância da Perícia Médica do INSS, para que as PVHA possam conseguir o auxílio-doença no período que estiverem debilitadas para o trabalho, assim como a aposentadoria para aqueles que ficaram incapacitados. O problema é que a perícia, tanto do INSS quanto do CEMAL (Aeronáutica), tem como foco a avaliação dos aspectos físicos dos soropositivos.

Mesmo com a implementação da Resolução Nº 416 do INSS, de 2014, que amplia a

avaliação da perícia médica para HIV/aids, Hanseníase e Tuberculose<sup>45</sup>, incluindo as complicações psicológicas e o impacto do estigma e da discriminação na vida das PVHA, para os entrevistados, essa resolução não é utilizada no momento da avaliação. A perícia ainda continua ignorando os aspectos sociais de HIV/aids, onde a falta de igualdade de oportunidades de emprego é uma realidade. A Ativista 2 revela a ausência de capacitação dos peritos na hora de avaliarem essa dimensão, pois muitos a desconhecem e, por isso, não consideram o estigma e a discriminação como uma forma de sofrimento e que afeta a capacidade laborativa das PVHA.

Essa resolução expõe de que maneira as barreiras psicossociais, como aquelas envolvendo o estigma e a discriminação, podem causar a incapacidade laborativa e, por isso, as PVHA que não estão aptas para o trabalho devem ter o direito a esses benefícios, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o auxílio-doença e até mesmo a aposentadoria (caso fique comprovada a impossibilidade do retorno ao trabalho):

Fatores de ordem pessoal e barreiras psicossociais, sobretudo envolvendo estigma e discriminação, podem levar à incapacidade temporária ou mesmo definitiva, na dependência de sua magnitude, da atividade exercida e do contexto de vida de cada indivíduo (INSS, 2014, p. 33).

Outro problema relacionado à perícia é quando os médicos não observam as particularidades de cada PVHA, avaliando todas da mesma forma por meio dos exames laboratoriais, como CD4<sup>+</sup>, carga viral e outros. A própria resolução deixa claro que cada PVHA tem que ser avaliada de forma individual, o que não acontece de fato, segundo a Ativista 2.

Quando as PVHA sentem que não têm condições físicas ou psicológicas para continuarem nos seus postos de trabalho, algumas podem provocar o adoecimento, sobretudo quando param de tomar a TARV por alguns meses, correndo até risco de vida para conseguirem o benefício. Os profissionais de saúde sugeriram que a autodiscriminação, ou seja, a discriminação que parte das próprias PVHA, pode ter o efeito de afastar essa população do mercado de trabalho.

Desse modo, ter acesso aos benefícios do INSS está a cada dia mais difícil para as PVHA, em função de como é feita a perícia médica. Uma entrevistada da ONG relatou que o perito só autorizou o auxílio-doença em função das cirurgias que ela tinha realizado (PVHA Mulher ONG 2). Por dois anos, de três em três meses, ela foi avaliada pelo mesmo perito e que

---

<sup>45</sup> Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica – Volume III – Parte II do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade. Dispõem sobre as doenças infectocontagiosas, especificamente HIV/aids, Tuberculose e Hanseníase.

deixou claro que a síndrome do pânico não seria um motivador para a entrevistada receber o benefício. Já outro entrevistado da ONG teve a quebra do sigilo do diagnóstico, quando passou pela perícia do CEMAL, não conseguindo o afastamento do trabalho porque, para os médicos, ele não apresentava as características das pessoas adoecidas pela aids (PVHA Homem ONG 3).

Os dados quantitativos revelaram que 38,9% dos homens e 25,8% das mulheres estavam aposentados por doença, ou incapacitados para o trabalho, ou recebendo auxílio-doença e somente 17,5% das mulheres se declararam donas de casa ou cuidadoras da família. Entre aqueles que tiveram acesso aos benefícios da LOAS<sup>46</sup>, 35% perderam o emprego entre os homens e 38,5 entre as mulheres. Grande parte daqueles que perderam o emprego não tinham instrução ou apenas o ensino fundamental incompleto (27,6%) ou o ensino fundamental completo e médio incompleto (24%). Assim, os resultados indicaram que o pedido de benefícios está diretamente relacionado com a baixa escolaridade e, conseqüentemente, renda.

Na pesquisa qualitativa, o problema do adoecimento e a tentativa de conseguir o benefício do INSS podem estar ligados também a outros fatores, como a baixa escolaridade e a falta de experiência profissional daqueles que acessam a unidade de saúde, como relatado pelas assistentes sociais. Assim, os aspectos psicológicos das PVHA devem ser trabalhados para que seja rompida a dicotomia “normalidade” e “anormalidade”, sendo um sentimento recorrente entre as PVHA. O infectologista reafirma a necessidade de as PVHA se sentirem “normais” e, com isso, colocarem-se disponíveis para o mercado de trabalho.

Nessa dicotomia, também está presente o medo em revelar o diagnóstico. Mesmo aqueles que aparentam uma “normalidade”, a partir do momento que revelam a infecção do HIV são classificados como “diferentes” dos demais empregados nas empresas e, por isso, sofrem discriminação, sendo o motivador para que muitas PVHA se esforcem para manter o diagnóstico em segredo. O receio em contar pode afastar os soropositivos do convívio social e, por isso, muitos escondem a sorologia para a família, os amigos e no trabalho. A Assistente Social 2 enfatiza essa ideia do segredo do diagnóstico, pois, para ela, as empresas incentivam isso. Essa visão é reforçada por Parker e Aggleton (2001), que associam a preocupação dos empregadores ao contratar as PVHA em função do medo da transmissão do HIV, gerando a discriminação, quando o diagnóstico é revelado no ambiente de trabalho e, assim, fomentando a manutenção do segredo.

Outro ponto que reforça a dicotomia “normalidade” e “anormalidade” é a nomeação da doença, **aids**, trazendo uma série de conotações depreciativas para aqueles que apresentam os

---

<sup>46</sup> Lei Orgânica da Assistência Social.

seus sinais/sintomas ou que tiveram o seu diagnóstico revelado. Desde o começo, o HIV foi vinculado a pessoas pertencentes a populações de maior risco, como homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens (HSH). Mesmo na quarta década da epidemia, o imaginário da aids ainda é vinculado a essa população, corroborado pelos dados epidemiológicos, e as metáforas em torno do vírus são vistas em nossa sociedade, mesmo com a disseminação da informação sobre as formas de contágio. Segundo um dos entrevistados: “Sabe o que aterroriza isso, essa doença? Sabe o que aterroriza a doença? É o nome dela, aids” (PVHA homem UD 3). Outro complementou: “E ligada a sexo” (PVHA homem UD 2).

Susan Sontag, ensaísta norte-americana com formação em filosofia, lançou, em 1988, o livro “Aids e suas metáforas”, quando HIV/aids ainda não tinha um tratamento eficaz e diversos termos estigmatizantes eram utilizados para denominar a epidemia. Para Sontag, as metáforas da aids representavam diversos tipos de discriminação presentes na sociedade, como as relacionadas às doenças vinculadas à pobreza (tuberculose), ao tipo de comportamento sexual em determinados lugares do mundo (sífilis), ao tipo de implicações causadas no corpo (câncer), como também as maiores populações atingidas, sobretudo nos continentes subdesenvolvidos, como a África e a América Latina. Dessa forma, para ela, muitas pessoas encaravam a aids metaforicamente como “[...] uma espécie de peste, uma condenação moral da sociedade” (SONTAG, 2007, p. 124).

Bastos (2013) chama a atenção sobre a persistência da prática do sexo sem proteção com pessoas de “boa aparência”, como sinônimo de sexo seguro, em muitos lugares do mundo. A aparência traz uma ideia de “normalidade”, que determinada pessoa parece ser “saudável”, mas em relação à aids, isso pode indicar o oposto, principalmente com a terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), pois muitos indivíduos que estão infectados pelo HIV não desenvolvem a aids e se distanciam da marca daqueles adoecidos, como os aspectos de lipodistrofia e magreza excessiva. Segundo o autor, as metáforas da aids sempre ressurgirão de formas distintas:

Creio que a nossa tarefa como ativistas e profissionais de saúde é destecer metáforas que contribuem para estigmatização e marginalização das pessoas que vivem com HIV/Aids, assim como é nosso dever desfazer outras tantas metáforas relativas a pessoas que vivem com Câncer ou Alzheimer. Entretanto, soa pra mim inteiramente ingênua a ideia de que essas metáforas simplesmente desapareceram como um passe de mágica [...] essas metáforas ressurgirão, sempre um pouco distintas, sempre as mesmas, em um sentido estrutural. Nossa tarefa é transformar essas repetições destrutivas em possibilidades de avanço, ainda que pequeno [...] (BASTOS, 2013, p. 100-101).

As metáforas reforçam também outros tipos de discriminação, sobretudo correlacionadas a HIV/aids, presentes tanto na violência estrutural como na violência direta. Na pesquisa, o tipo de prática sexual foi o motivo de discriminação direta relacionado ao militar entrevistado: “[...] É horrível, eu fiquei apavorado quando eu escutei palavras como essa, você tá com esse HIV porque você deu o seu cu” (PVHA Homem ONG 3). Seus colegas de trabalho e superiores culpavam o entrevistado pela infecção do HIV, sugerindo que se ele tivesse outro tipo de orientação sexual não estaria com o vírus.

Para Goffman (2013), o estigmatizado adquire uma marca depreciativa, decorrente de comportamentos considerados desviantes, frente aos padrões normativos, como no caso dos homossexuais. Desse modo, a discriminação de PVHA é também um aglutinador de preconceitos já inseridos em nossa sociedade e que reflete nos aspectos sociodemográficos dessa população (HO, 2007). O infectologista entrevistado relatou como a discriminação relacionada às PVHA pode estar vinculada a outras em função dos preconceitos preconcebidos da população: “Eu acho que às vezes fica aquela curiosidade, aquela discriminação que se mistura com uma série de coisas que tão, assim, na índole, né, naquela coisa de como pegou, sobre sexualidade, fica tudo meio misturado”. Assim, a discriminação pode se confundir com estigmas sociais preexistentes e que podem dificultar as relações sociais das PVHA (CONYERS; BOOMER; MCMAHON, 2005).

O estigma e a discriminação se articula com diversos marcadores sociais e que apareceram no decorrer das entrevistas, tais como: classe; gênero; sexualidade; renda; escolaridade; idade; entre outros. A grande maioria das PVHA exerciam funções em que eram subordinadas a uma pessoa, seja formalmente ou informalmente, onde o estigma e a discriminação emergiram (cozinheira, camelô, cuidadora de crianças, etc.). Por exemplo, o militar era um soldado homossexual e que estava em um ambiente masculino e seu superior direto tinha HIV, mas ninguém sabia. Já a sua sorologia foi divulgada para diversas pessoas dentro do quartel. Dessa forma, a interseccionalidade (interseções de diversos fenômenos) é um elemento que converge no estigma e na discriminação das PVHA no que tange as distintas categorias que atravessam a sua análise.

### **6.1.3 Os problemas na reinserção das PVHA no mercado de trabalho**

Em relação à reinserção das PVHA no mercado de trabalho, por meio dos depoimentos dos ativistas, percebe-se que a discriminação dessa população ocorre nas empresas pela busca de funcionários “saudáveis”, que não passem longos períodos de licença em função de

problemas de saúde. Dessa forma, ela é tensionada por diversas questões associadas a: 1 - oportunidades nas empresas; 2 - capacidade física e psicológica em se manter nos postos de trabalho. A resistência dos empregadores em contratar as PVHA também perpassa o estigma que essa população ainda carrega. Esse problema pode ser solucionado no repasse de informações sobre o vírus em programas nas empresas (PARKER; AGGLETON, 2001). A dificuldade de reinserção das PVHA no mercado de trabalho pode estar também associada às perdas/barreiras sociais enfrentadas por essa população e vinculadas a: 1 - silêncio (problemas de socialização); 2 – diversos obstáculos no trabalho (instabilidade no emprego, a falta de perspectiva e complicações para a manutenção das atividades profissionais) (FERREIRA; FIGUEIREDO, 2006).

Um dos entrevistados da unidade de saúde (PVHA homem UD 5) alegou que as empresas sempre checam os dados dos candidatos a uma vaga de emprego no INSS e que, por isso, conseguem ver o motivo pelo qual retirou o FGTS, mas o Ativista 1 deixou claro na sua entrevista que as empresas são capazes de identificar se determinado candidato retirou o FGTS, mas sem saber o motivo. Elas podem supor que a retirada pode ter sido por doença e, assim, removem o candidato do processo seletivo. O mesmo entrevistado processou a empresa em que trabalhava e isso pode ter gerado complicações para a sua reinserção no mercado de trabalho.

Outro ponto importante e que pode ter consequências negativas na reinserção das PVHA no mercado de trabalho é a autodiscriminação, sendo um dos componentes da baixa autoestima, afeta a qualidade de vida dessa população e também pode estar vinculado à baixa escolaridade; como foi constatado entre as PVHA da unidade de saúde. O autoestigma tem o mesmo efeito da autodiscriminação e, por isso, esses conceitos serão utilizados como sinônimos na análise dos dados. A partir dos trabalhos de Patrick Corrigan<sup>47</sup>, Soares et al. (2011), o autoestigma foi conceituado como:

[...] a internalização do estigma ocorre à medida que o indivíduo torna-se consciente dos estereótipos negativos que as outras pessoas endossam (consciência de estereótipos), concorda pessoalmente com esses estereótipos (concordância com estereótipos) e os aplica a si mesmo, ocasionando a diminuição da autoestima (SOARES et al., 2011, p. 638).

Segundo os relatos dos profissionais de saúde, a autodiscriminação se apresenta de forma inconsciente e as PVHA indicam a infecção do vírus como um empecilho para o acesso ao emprego. Entretanto, até que ponto esse discurso é realmente um reflexo do mercado de trabalho para essa população? Para a Assistente Social 1, as próprias PVHA se impõem

---

<sup>47</sup> Professor do Departamento de Psicologia do Instituto de Tecnologia de Illinois, em Chicago. Desenvolveu inúmeros trabalhos sobre o estigma de pessoas com problemas mentais.

barreiras para justificar a dificuldade em conseguir emprego, juntando marcadores tanto psicossociais quanto sociodemográficos.

Goffman (2013) descreveu como “carreira moral” a estigmatização dos indivíduos que incorporam a percepção dos ditos “normais” em nossa sociedade, além do processo de aprendizado que desacredita aqueles com uma “marca”. Cruz et al. (2015) utilizaram esse conceito quando investigaram a estigmatização de crianças e adolescentes de um serviço público de saúde no Rio de Janeiro, identificando quatro padrões e sendo dois próximos aos resultados analisados na tese: 1 – o estigma inato (socializando como pessoas doentes); e 2 – quando a marca estigmatizante é mantida em segredo (divulgação do HIV não planejada).

A autodiscriminação também pode ser um resultado relacionado à dificuldade da aceitação do diagnóstico, refletindo no receio de as pessoas serem identificadas como HIV positivas e, por conta disso, muitas não procuram os seus direitos, como o transporte público. Para requererem a gratuidade em ônibus, trem, metrô e barcas, as PVHA têm que percorrer todas essas esferas, pois no Rio de Janeiro não existe um bilhete unificado para essa população. É necessário que os requerentes comprovem que são HIV positivos, passando por um processo burocrático e que pode não ser de imediata resolução. Após adquirirem o passe, a discriminação pode ocorrer na utilização do mesmo, sobretudo nos ônibus. Alguns entrevistados relataram a curiosidade de motoristas e trocadores que insistem em saber por que determinada pessoa tem o direito a essa gratuidade, chegando a proibir o acesso deles a esse meio de transporte. Por isso, muitas PVHA que recebem o vale transporte do trabalho ou que têm uma melhor condição financeira abrem mão desse benefício. Entre aqueles que participaram da pesquisa quantitativa, apenas um terço das PVHA solicitou o passe livre para o transporte público.

Para o infectologista, a autodiscriminação também envolve medo, culpa, angústia, além da baixa autoestima. Novamente, o receio da revelação do diagnóstico é a mola propulsora para a autodiscriminação, pois algumas PVHA acreditam que a qualquer momento as pessoas podem identificá-las como infectadas pelo HIV. Isso se reflete também na busca por um emprego, pois há uma preocupação constante em manter o sigilo do seu estado de saúde. Dessa forma, muitos tentam postergar o máximo possível o auxílio-doença, com medo de retornarem para os postos de trabalho e, com isso, terem a sorologia para o HIV revelada.

Outro ponto que compõe a autodiscriminação é o sentimento de inferioridade em relação aos soronegativos e associado a como cada pessoa convive com o HIV. Além disso, as PVHA que estão desempregadas podem desenvolver um sentimento de estigmatização, pois muitas pensam que não vão conseguir emprego em função de HIV/aids e, assim, internalizam a autodiscriminação (OMIYA et al., 2014).



Miric (2005) desenvolveu um esquema exemplificando o atributo estigmatizante relacionado ao HIV, onde a autora dividiu o sentimento do estigma entre o **efetivo** e o **sentido**, este último ligado ao estigma percebido, o autoestigma e a dissimulação. O estigma sentido tem um impacto social na vida das PVHA e pode acarretar: baixa autoestima; isolamento social/baixa percepção de apoio social; e depressão. Assim, o estigma sentido, para a autora, pode ter um impacto negativo na qualidade de vida das PVHA, criando uma barreira para o acesso aos cuidados de saúde, além de ser um motivador para o desenvolvimento de problemas psicossociais, e também relacionados a: distúrbios de ansiedade; tentativas de suicídio; e uso e abuso de álcool e outras substâncias psicoativas.

A autodiscriminação pode causar o isolamento social, como abordado por Miric (2005) e relatado por uma entrevistada da unidade de saúde (PVHA mulher UD 4). Após receber o diagnóstico positivo de HIV, a entrevistada não conseguiu se relacionar com novos parceiros sexuais, alegando ter medo de se contaminar novamente, mesmo sabendo que isso não é possível e, por isso, quando alguém tenta se aproximar ela não dá prosseguimento, como relatado por ela no grupo focal e durante um grupo de convivência. A sala de espera da infectologia, na unidade de saúde pesquisada, é um lugar onde as PVHA constroem amizades e alguns começam a namorar. Nesse espaço, o segredo é revelado e, por isso, encontrar um(a) parceiro(a) que também tem HIV pode ser um facilitador para conseguir superar o medo de se relacionar afetivamente após a descoberta do vírus. Em um grupo de convivência, uma entrevistada chorou copiosamente, quando contou sobre um homem, que estava na sala de espera da infectologia e entregou um papel para ela com o seu número de telefone, mas ela nunca teve coragem de fazer a ligação. A autodiscriminação fez com que ela desistisse da sua vida amorosa por se culpar pela infecção.

Contudo, para o infectologista, o isolamento social sentido por muitas PVHA pode não ter relação com as situações vividas, mas pode ser desenvolvido em função do medo de uma possível discriminação. Muitos de seus pacientes têm uma boa relação com a família e amigos e, mesmo assim, apresentam a autodiscriminação. Assim, o autoestigma afeta o estado psicológico das PVHA, sobretudo pelo medo da revelação do diagnóstico, e pode causar distanciamento social, depressão, sofrimento, culpa, vergonha, falta de apoio, entre outras consequências (MARK et al., 2007; SIMBAYI et al., 2007).

France et al. (2015) indicam três subcategorias de funções relacionadas ao autoestigma, tais como: **1 – mantém as crenças das vítimas** - a ideia que o indivíduo é uma vítima, tirando a noção de agência pessoal e, conseqüentemente, cria um sentimento de falta de poder; **2 – fornece proteção** - o autoestigma como forma de antecipar o sofrimento criado pelos outros; **3**

– **justifica a não divulgação** - o autoestigma limitando a própria vida, para restringir a divulgação do diagnóstico. Essas subcategorias foram encontradas nas entrevistas em função: a) das PVHA não acreditarem que são capazes de encontrar uma vaga no mercado de trabalho, mantendo as suas crenças como vítimas; b) da proteção contra alguma forma de sofrimento, como deixar de se relacionar com parceiros sexuais; c) ou para justificar a não divulgação do diagnóstico, seja no pedido de manutenção do auxílio-doença, ou abrindo mão do transporte gratuito.

A partir da identificação da autodiscriminação relacionada às PVHA, torna-se necessário criar estratégias para superação. Para isso, é essencial a concepção de programas para dar suporte psicossocial às PVHA na mudança de visão sobre o viver com HIV/aids, diminuindo o seu impacto na vida dessa população. Além disso, há outros tipos de enfrentamento da autodiscriminação possíveis, como: criar um envolvimento comunitário, profissional e educacional; ter um desenvolvimento pessoal, de trabalho interior e de atitude positiva; e fazer uma conexão com outros tipos de pertencimentos (FRANCE et al., 2015). Outros fatores também podem contribuir para a redução dos efeitos do estigma sobre as PVHA no Brasil, tais como: o apoio familiar; o suporte psicológico; a religião; as redes sociais; o acolhimento dos profissionais de saúde e o conhecimento e as crenças sobre os meios de prevenção e tratamento de HIV/aids (MONTEIRO et al., 2013).

## 6.2 OS PROCESSOS NA JUSTIÇA RELACIONADOS À DISCRIMINAÇÃO

Após abordarmos a contratação, a permanência e a reinserção das PVHA no mercado de trabalho, torna-se necessário examinarmos alguns aspectos de HIV/aids, para entendermos como os entrevistados reagiram, quando passaram pela discriminação no ambiente de trabalho, se abriram ou não processos na justiça, trazendo a essa discussão os resultados referentes às formas de enfrentamento (ou não) da questão das PVHA vinculadas à unidade de saúde e ao Grupo Pela Vida Niterói. É importante também compreendermos como os profissionais de saúde e ativistas auxiliaram as PVHA nessa questão.

Apesar da legislação de proteção contra a discriminação de PVHA no Brasil vigente, contemplando também o acesso ou a demissão em função de HIV/aids, o estatuto militar ainda impede o ingresso das PVHA, alegando “proteção da corporação”, como relatado pela Ativista 2. Assim, existe uma evolução por parte das leis do país que pode defender essa população, mas, por outro lado, mesmo com os avanços da TARV, as Forças Armadas insistem em afirmar que as PVHA não podem trabalhar nesse tipo de função. Contraditoriamente, o Ativista 1

concorda com essa posição, pois, para ele, aqueles que ingressam nesse serviço tem que passar por um esforço físico muito grande no treinamento, além de, muitas vezes, permanecerem em lugares de difícil acesso, prejudicando a saúde desses indivíduos.

Os ativistas e as próprias pessoas discriminadas nos concursos para o ingresso nas Forças Armadas tentam recorrer à justiça para que a legislação que permite o teste compulsório não seja aplicada. O Ministério Público Federal tentou, junto ao STF, entrar com uma ação para impedir essa prática, mas o Subprocurador-Geral da República, Paulo Gustavo Gonet Branco, em 13 de outubro de 2015, ao analisar o Recurso Extraordinário Nº 807.127/RJ<sup>48</sup>, propôs a votação pelo Plenário Virtual do STF<sup>49</sup> sobre o mérito, ou não, da continuidade do recurso. Foram diversas as ações de pessoas impedidas de prestar provas para a esfera militar, mas a Advocacia-Geral da União (AGU) sempre recorre e, por isso, a realização do teste compulsório se mantém. Em entrevista à BBC Brasil, a AGU afirmou que os militares necessitam de uma boa forma física e os “portadores de moléstias graves” correriam riscos de enfrentar condições adversas, podendo levar a carência de medicamentos e ao estresse, semelhante ao discurso do Ativista 1. No mesmo artigo, uma PVHA que estava realizando o concurso da Marinha, em 2013, foi excluída do processo seletivo quando o seu exame de HIV deu positivo. Quando foi procurar os advogados para averiguar sobre a possibilidade da abertura de um processo, eles desencorajaram o jovem dizendo que seria muito difícil ganhar (ESCÓSSIA, 2015).

A iniciativa em processar aqueles que os discriminaram no trabalho não é uma tarefa fácil para as PVHA. O medo, sobretudo em expor a sorologia positiva para o HIV, é uma questão importante na tomada de decisão para abrir a ação. As assistentes sociais relataram que as PVHA que acessam a unidade de saúde, quando são demitidas, acreditam que, de alguma forma, as empresas descobriram o diagnóstico de HIV dos seus empregados. O problema é que elas não conseguem provar que a demissão foi ocasionada em função da quebra do sigilo e se sentem desmotivadas a denunciar, não processando as empresas.

A abertura da ação de discriminação pode ser vista, pelas PVHA, como uma confirmação social da marca depreciativa, pois é necessário se apresentar ao tribunal no decorrer do processo. Mesmo os advogados pedindo segredo de justiça, não há garantias que o diagnóstico dos denunciante não seja relevado. Se houve testemunhas do ato discriminatório dentro das empresas, elas poderão contar para outros colegas de trabalho o que viram e ouviram,

---

<sup>48</sup> Recurso extraordinário para a discussão sobre a exigência de exames para detecção do vírus HIV em candidatas à carreira militar e servidores militares das Forças Armadas.

<sup>49</sup> É um sistema informatizado que foi implementado, em 2007, pelo STF, para que os ministros possam realizar, de forma virtual, as votações para os Recursos Extraordinários.

dificultando a manutenção do “segredo”. Portanto, um atributo que está escondido, como HIV/aids, pode ganhar visibilidade nos processos, pois ele terá a “possibilidade de ser conhecido”. Segundo Goffman (2013):

Mas se outras pessoas conhecem ou não o estigma de um indivíduo depende de um outro fator além de sua visibilidade corrente, ou seja, de que elas conheçam, ou não, previamente o indivíduo estigmatizado – e esse conhecimento pode estar baseado em mexericos sobre ele ou num contato anterior com ele, durante o qual o estigma mostrou-se visível (GOFFMAN, 2013, p. 59).

Para as assistentes sociais, o medo de as PVHA procurarem a justiça tem origem no receio de, no futuro, não conseguirem uma colocação no mercado de trabalho, principalmente se o diagnóstico de HIV se tornar público, como mencionado pelo entrevistado da ONG. Além disso, a abertura das ações contra os seus empregadores pode deixar as PVHA mais vulneráveis, pois na procura por um novo emprego, elas podem ser rejeitadas.

O medo faz parte da dinâmica da violência estrutural, pois há uma pressão velada, um temor de as PVHA processarem e depois não conseguirem regressar ao mercado de trabalho, mostrando o poder dos empregadores perante os candidatos com HIV/aids. Para sair desse ciclo do medo, as PVHA têm que desenvolver a resistência à dominação por meio de uma agência de poder, ou seja: apropriação das leis de proteção contra a discriminação (ORTNER, 2007). Para isso, é necessário o empoderamento das PVHA e os “agentes” têm que procurar formas para desenvolver essa capacidade: cursos de capacitação, como o ofertado pelo Grupo Pela Vida Niterói; leitura de materiais informativos; pesquisas realizadas na internet sobre o tema; procura por profissionais de saúde, principalmente as assistentes sociais, sobre os seus direitos.

A Ativista 2 afirmou que é primordial, para a abertura dos processos, comprovar que ocorreu a discriminação, com testemunhas, gravando o áudio de uma conversa, entre outras possibilidades. Contudo, conseguir que um colega de trabalho testemunhe em um processo é extremamente difícil para as PVHA, pela possibilidade de perder o emprego. Assim, podemos identificar o poder que os empregadores exercem sobre os empregados, sejam HIV positivos ou não, pois uma ameaça velada pode desestimular os funcionários a depor contra a empresa.

Parker e Aggleton (2001) argumentam que a estigmatização pode criar uma hierarquia social entre o estigmatizado e o não estigmatizado, pois aqueles que não detêm uma marca podem se esquivar das consequências de tentar ajudar uma PVHA. Dessa forma, a função social do estigma fomenta e atualiza essas hierarquias. Ho (2007) revela que a violência estrutural está associada à distribuição desigual de poder, onde se encontram em desvantagem aqueles que possuem pouco ou nenhum poder, como os empregados, dificultando qualquer movimento que

contrarie o seu empregador.

No decorrer da discussão dos resultados, indicamos distinções entre os processos de estigma e discriminação entre homens e mulheres vivendo com HIV e que reforçam as hierarquias sociais. Os trabalhos na área da Saúde Pública revelam que a utilização da categoria gênero está relacionada, sobretudo, ao conceito de determinação social do processo saúde-doença. Para Villela et al. (2009), essa categoria aborda as relações sociais entre homens e mulheres em que ambos estão implicados, além de interagir com outras dimensões, exemplificado no exercício da sexualidade e no trabalho. Apesar do grande potencial de análise, não aprofundamos essa questão na discussão.

A partir das relações de poder, torna-se longo o caminho daqueles que realmente decidem processar as empresas. As PVHA têm que deixar de lado o medo de se expor e, por isso, para a Ativista 2, é uma decisão para poucos. A Assessoria Jurídica do Grupo Pela Vidda Niterói não dá prosseguimento a todos os casos de discriminação e muitas PVHA, no meio da construção da ação, desistem de processar ou aceitam acordos com as empresas, principalmente para que tenham um retorno financeiro rápido e não passem pela exposição pública nos tribunais.

Já nos serviços de saúde, as PVHA procuram as assistentes sociais para saber os lugares e as pessoas que podem auxiliá-las quando passam por situações de discriminação no trabalho, tais como as ONGs, a Defensoria Pública, as ouvidorias e os advogados particulares. Elas também encaminham as PVHA, por telefone ou por escrito, a esses espaços, para que consigam um acesso facilitado, na busca por direitos. As PVHA entrevistadas da unidade de saúde não processaram os seus empregadores em função da discriminação. A falta de empoderamento dessas pessoas e o medo daqueles com poder diante da dicotomia “estigmatizados” e “não estigmatizados” fizeram com que não considerassem processar os seus perpetradores, naturalizando as experiências de discriminação no local de trabalho. Outra possibilidade é a aceitação da discriminação pela necessidade de estarem empregados e, por isso, ainda que sujeitos à violência direta constante, não deixam os seus empregos.

Entre aqueles ligados à ONG, uma entrevistada estava levantando todos os documentos necessários para a abertura do processo (PVHA Mulher ONG 2). Para ela, este passo não foi fácil, e só depois de várias conversas com a Ativista 2 e de ter passado por alguns procedimentos decorrentes de HIV/aids, tomou a decisão de processar os empregadores. Os outros dois entrevistados da ONG efetivaram a abertura dos processos, sendo que um não processou diretamente a empresa que o discriminou, mas a União, por ter segurado a sua carteira de saúde (PVHA Homem ONG 1). Durante a construção da ação, este entrevistado descobriu que vários

pilotos da Força Aérea Brasileira tinham HIV e continuavam voando. O seu processo chegou ao STF, ganhando a ação, mas como durou de 15 a 18 anos para a sentença final, ele e a Ativista 2, sua advogada, estão pedindo o reajuste do valor a ser pago.

Em relação ao entrevistado militar, ele entrou, por duas vezes, com ações contra a Aeronáutica, por meio de advogados particulares. A primeira foi para a reintegração do posto de trabalho, porque ele foi demitido por não conseguir passar nas provas internas para a progressão da carreira. O segundo processo, que estava há três anos na justiça comum, foi para conseguir a reforma militar, motivado pela discriminação recorrente no ambiente de trabalho. O seu sonho era continuar na Aeronáutica, mas com a violência que passa todos os dias, tanto estrutural como direta, ocorreu a desistência. A partir disso, os colegas de trabalho e os seus superiores começaram a acusar o entrevistado de querer se aproveitar e onerar as Forças Armadas (PVHA Homem ONG 3).

A partir dos processos, é que as PVHA ligadas ao Grupo Pela Vidda Niterói conseguiram reverter a situação de dominação e modificaram as forças desproporcionais entre os empregadores e os empregados, criando uma resistência à dominação. Assim, surgiu uma “agência de poder”, pois, para abrir os processos, as PVHA encontraram o desejo e a motivação para transformar a posição de dominação à qual os seus empregadores os submeteram, superando o medo da exposição da sorologia e abrindo caminho para que outras pessoas possam ter coragem de enfrentar os seus perpetradores.

Além disso, a luta por direitos pode ajudar as PVHA na construção de futuros projetos nas empresas, para que pessoas que tenham doenças estigmatizantes não passem pela discriminação, divulgando informações corretas nesses lugares (ORTNER, 2007). Entretanto, para aquelas empresas onde a violência estrutural faz parte de sua política, cabe ao Poder Legislativo e ao Ministério do Trabalho acompanhar de perto a ocorrência de casos de discriminação de PVHA no trabalho, como também averiguar, nos processos seletivos de emprego, se há pedidos de exame de sangue e teste de HIV de forma compulsória.

### 6.3 O ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PVHA

Quanto o acesso à informação sobre os direitos vinculados a HIV/aids, os entrevistados da unidade de saúde revelaram que as assistentes sociais são as responsáveis em passar este tipo de conhecimento para aqueles que procuram o serviço. Em relação aos entrevistados da ONG, o acesso a esse tipo de informação ocorreu de forma distinta. O aviador civil recebeu o diagnóstico na década de 1990 e a busca por direitos ocorreu a partir dos diversos problemas

que surgiram na sua vida. O entrevistado da Aeronáutica descobriu a sua soropositividade em um exame realizado dentro do quartel. O infectologista do serviço militar explicou todos os seus direitos, como o acesso aos cuidados de saúde (medicamentos), o auxílio das assistentes sociais e a possibilidade da reforma militar. No entanto, o seu empoderamento só ocorreu quando se aproximou do movimento social de aids. Já a PVHA que trabalhava em uma agência de viagens disse que o seu diagnóstico foi revelado pela sua médica, por telefone, gerando desnorteio. Quando procurou um posto de saúde, soube sobre os seus direitos de forma superficial.

Cada entrevistado descobriu a Assessoria Jurídica do Grupo Pela Vidda Niterói de uma determinada maneira. O piloto da aviação civil foi encaminhado para a ONG pelo seu infectologista e a agente de viagens leu na internet sobre a ONG, além de morar próximo da sede. O motivo da procura pela Assessoria Jurídica também foi distinto entre os entrevistados. O ex-piloto da aviação civil queria processar a União e a agente de viagens precisava ter acesso à gratuidade do transporte público. Já o militar participou do Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e Aids, ofertado pela ONG, para entender melhor a legislação que protege as PVHA.

A procura pela ONG partiu da necessidade individual de cada entrevistado para, a partir disso, desenvolver uma agência, que pode ser encontrada em qualquer PVHA. Contudo, alguns podem desenvolvê-la e outros não, porque ela é uma junção do desejo e da motivação em “perseguir projetos”, ou seja, de querer desenvolver uma “agência de poder”: “[...] a agência é quase sempre distribuída de forma desigual – algumas pessoas conseguem ‘tê-la’, e outras não; algumas pessoas conseguem ter mais, e outras menos [...] a agência parece ser, em grande medida, uma qualidade investida em indivíduos” (ORTNER, 2007, p. 74). Já na unidade de saúde pesquisada, as assistentes sociais fazem a ponte com as instituições que podem auxiliar as PVHA na busca por direitos, e cabe a cada usuário do serviço dar prosseguimento. Para isso, a agência, aliada à resistência à dominação, é parte fundamental na busca por direitos.

Raros foram os entrevistados que passaram por alguma palestra sobre as doenças sexualmente transmissíveis no trabalho; somente dois. Esse tipo de atividade no local de trabalho é uma das formas de repassar as informações pertinentes sobre as DSTs, especialmente o HIV, para que todos possam entender as formas de transmissão do vírus e, com isso, modificar a visão dos infectados. Conforme apontado anteriormente, podemos considerar a falta de informação como uma das causas relacionadas às atitudes negativas perante as PVHA, sendo que os programas de intervenção nas empresas podem reduzir a discriminação, tanto pelos empregadores como pelos colegas de trabalho (PARKER; AGGLETON, 2001; SURGEVIL;

AKYOL, 2011; LIU, 2012).

As PVHA que têm acesso às informações sobre os direitos conseguem ter “vantagens”, mas, para muitos, essa conquista é, simplesmente, ter ao seu alcance os benefícios que estão disponíveis, seja em âmbito municipal, estadual ou federal, como o direito ao transporte público, a aposentadoria e a LOAS. Entretanto, para alguns entrevistados, a luta pelos direitos também foi encarada como uma proteção contra a discriminação.

A busca por um benefício, como a persistência para mantê-lo, também perpassa pela autodiscriminação, sobretudo pelas barreiras impostas pelas PVHA, em função dos aspectos psicológicos. A literatura internacional mostrou como o estigma e a discriminação são fatores que desmotivam as PVHA, que ganham baixos salários, para o retorno ao mercado de trabalho, pois a perda do benefício pode acarretar na piora da situação financeira. Muitas PVHA que recebiam benefícios nos Estados Unidos tinham um salário inferior ao do auxílio que recebiam e, por isso, era vantajoso postergá-lo (MARTIN et al., 2003; BROOKS et al., 2004; TIMMONS; FESKO, 2004; BRAVEMAN, 2006).

Adicionalmente, a solicitação do benefício pode não ser o desejo das pessoas que têm maior capacitação e possibilidade de empregos com boa remuneração salarial. No caso do auxílio-doença ou LOAS ser concedido e depois cancelado, não há como saber em quanto tempo elas conseguirão retornar ao emprego, ou obter uma nova colocação, ou trabalhar informalmente, pela dificuldade em acessar o mercado de trabalho. Contudo, para outras PVHA, o medo de voltar ao posto de trabalho em função do estigma e da discriminação faz com que elas solicitem o auxílio-doença, ainda que provoque uma queda de renda. Os dados da pesquisa quantitativa mostraram que a piora da situação financeira, a mudança de local de moradia e a perda da independência ocorreram com o desemprego.

Sobre as leis de proteção relacionadas às PVHA, os entrevistados da unidade de saúde foram vagos sobre elas e somente dois disseram que conheciam a Lei N° 12.984, que protege essa população da discriminação. Já aqueles que procuraram o Grupo Pela Vidda Niterói tiveram acesso ao material informativo da ONG, como as cartilhas, que repassam todos os direitos das PVHA; somente um entrevistado teve o conhecimento da lei contra a discriminação por meio da ONG; uma entrevistada viu a discussão da lei na televisão; e o outro, que faz parte do movimento social, participou ativamente da sua construção. Este sugeriu a maior utilização da internet como forma ágil e prática de levar informações sobre os direitos das PVHA, principalmente para os jovens, que podem fazer o papel de multiplicadores desse saber.

Ter acesso à legislação de proteção é uma forma de empoderamento das PVHA para ir além das suas “próprias estruturas de vida”, sobretudo para criar resistência à dominação por



meio de uma “agência de poder” (ORTNER, 2007). Esse tipo de agência também faz com que haja uma realização real dos direitos, rompendo com causas estruturais e padrões das suas violações e se manifestando nas desigualdades econômicas e sociais, compondo o quadro da violência estrutural (HO, 2007). Para isso, é necessário que as PVHA interrompam os “ciclos viciosos”, vinculados à violência estrutural e que reforçam a discriminação, para se chegar aos “ciclos virtuosos”, onde esses indivíduos podem desenvolver a capacidade para procurar os seus direitos (GALTUNG, 2004).

Para os profissionais de saúde, a busca por direitos está relacionada a como cada PVHA recebe o diagnóstico positivo para o HIV. Além disso, o acolhimento na unidade de saúde é importante no propósito de criar vínculo entre os profissionais e as PVHA para a continuidade do tratamento, apoio psicológico e acesso aos direitos. Lima (2015), quando realizou uma pesquisa na mesma policlínica, percebeu que a criação desse vínculo entre as assistentes sociais e as PVHA era construída por meio de uma “escuta ativa” e do “afeto”, sendo uma ponte para ir além da questão da doença e formação de um “vínculo afetivo”.

Entender o vínculo entre as assistentes sociais e as PVHA é importante para a construção da agência dos usuários do serviço de saúde. São elas que informam, de forma geral, todos os direitos a essa população. Para o infectologista, há diversas formas das PVHA terem acesso a informações sobre os direitos na unidade de saúde, sobretudo nos grupos de convivência organizados na sala de espera da infectologia e onde diversas dúvidas podem ser esclarecidas. As próprias PVHA reivindicaram, nos anos de 2015 e 2016, grupos específicos que abordaram o acesso ao transporte gratuito e aos direitos, sobretudo o previdenciário. Portanto, os grupos de convivência são lugares de empoderamento dessa população, onde as PVHA podem desenvolver uma resistência à dominação e “agência de poder”, pelo conhecimento adquirido por meio dos profissionais de saúde.

Em relação ao Grupo Pela Vidda Niterói, a Assessoria Jurídica, mesmo com apenas uma advogada e um colaborador, consegue atender as PVHA que buscam informações sobre os seus direitos, como também aqueles que querem abrir ações de discriminação no acesso ou ambiente de trabalho. O problema é conseguir manter esse atendimento em função do atual cenário de falta de financiamento para as ONGs de HIV/aids no Brasil. A criação dessas Assessorias Jurídicas de ONG/aids fez com que as PVHA pudessem acessar uma estrutura para se transformarem em “sujeitos reivindicantes” (VENTURA, 2003), tendo como desafio a reestruturação das poucas restantes e que recebem uma grande demanda de pessoas em busca de justiça ou para conseguir o acesso aos direitos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve o propósito de compreender a discriminação no trabalho, entre pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), a partir de dados quantitativos, de âmbito nacional, e qualitativos, por meio de trabalho de campo e depoimentos de PVHA, de profissionais de saúde de uma policlínica e ativistas do Grupo Pela Vidda Niterói (ambos do Rio de Janeiro). Como ponto de partida, foi utilizado o referencial teórico de autores que trabalharam com a teoria do estigma e da discriminação, assim como conceitos que foram apropriados pelo campo de HIV/aids, como o de violência estrutural do sociólogo norueguês Johan Galtung (1969; 2004) e de agência, desenvolvido pela antropóloga americana Sherry Ortner (2007).

Ainda que com uma defasagem de nove anos em relação aos dados quantitativos, coletados em 2008, foram observados os mesmos elementos da discriminação nas PVHA na pesquisa qualitativa, sendo que este sentimento foi mais percebido entre os indivíduos com baixo poder econômico e que buscam os benefícios do governo, principalmente pela falta de preparo para o disputado mercado de trabalho. Neste sentido, a análise qualitativa veio a complementar os resultados da análise quantitativa, refletindo os processos experimentados pelas PVHA nas respostas obtidas no inquérito de 2008.

Porém, a discriminação no trabalho é apenas um dos aspectos relacionados às dificuldades das PVHA no Brasil. No decorrer do grupo focal e das entrevistas em profundidade com as PVHA, diversos assuntos foram abordados, sobretudo vinculados a outros tipos de discriminação, como a dos vizinhos, da família, dos amigos e dos companheiros(as), podendo ser correlacionados com os dados quantitativos e investigados em futuros trabalhos. Além disso, outras dimensões relevantes, conforme indicado nas pesquisas qualitativas analisadas em outros estudos, não foram consideradas no presente trabalho, como a não adesão ao tratamento, especialmente nos subgrupos populacionais de maior risco: profissionais do sexo, usuários de drogas e homens que fazem sexo com homens (HSH) (ESPOSITO; KAHHALE, 2006).

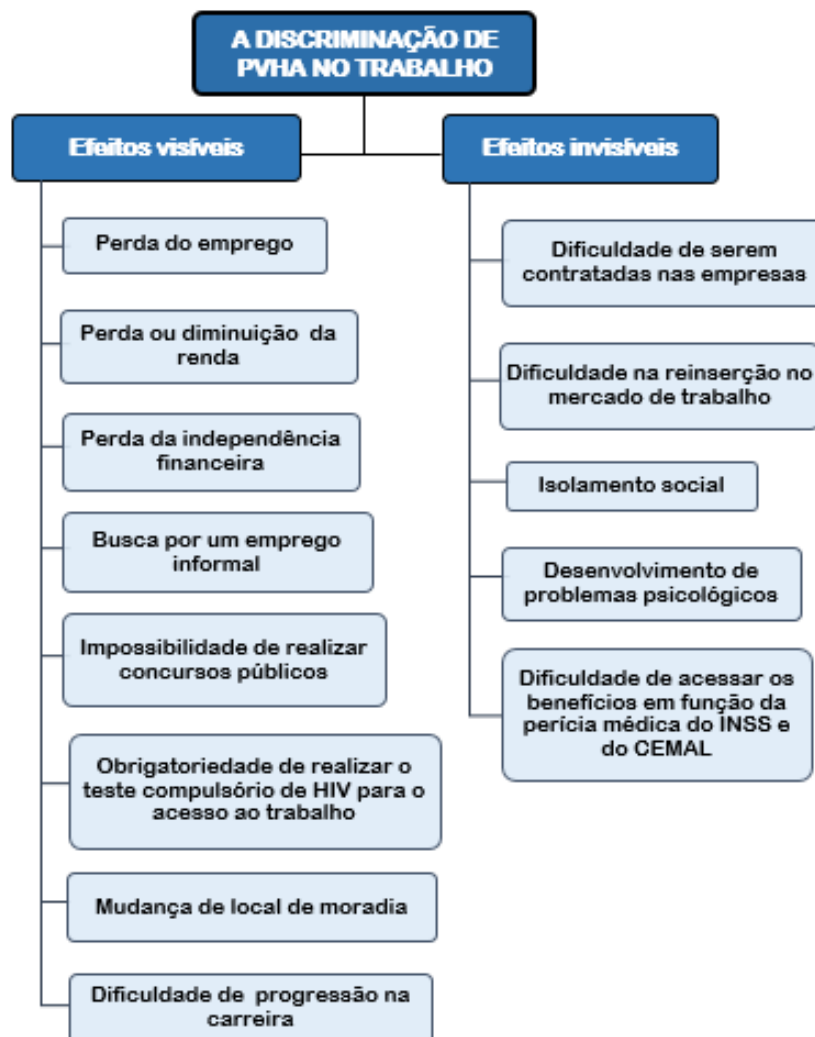
Como abordado no Capítulo 3 (Referencial teórico), Galtung (2004) elaborou um quadro comparativo para exemplificar a formação da violência, em uma análise de seis tipos de espaços (natureza, homens, sociedade, mundo, tempo e cultura), com efeitos tanto visíveis e materiais quanto invisíveis e imateriais. Na Figura 3, foi desenvolvido um fluxograma de mecanismos da violência, indicando efeitos visíveis e invisíveis da discriminação no trabalho das PVHA, por meio de dados quantitativos e qualitativos da pesquisa.

Em relação aos efeitos visíveis, a discriminação das PVHA no trabalho pode causar: a

perda do emprego; a perda ou a diminuição da renda; a perda da independência financeira; a procura por um emprego informal; a impossibilidade de realizar concursos públicos (sobretudo na área militar); a obrigatoriedade da realização do teste de HIV; a mudança de local de moradia; além da dificuldade de progressão na carreira.

Já os efeitos invisíveis da discriminação revelaram os problemas mais subjetivos enfrentados pelas PVHA: a dificuldade de serem contratadas nas empresas; a reinserção no mercado de trabalho; o isolamento social; o desenvolvimento de problemas psicológicos (depressão, síndrome do pânico, baixa autoestima, entre outros); e a dificuldade de acesso aos benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou do Centro de Medicina Aeroespacial (CEMAL), em função da perícia médica não analisar os aspectos psicossociais do viver com HIV/aids.

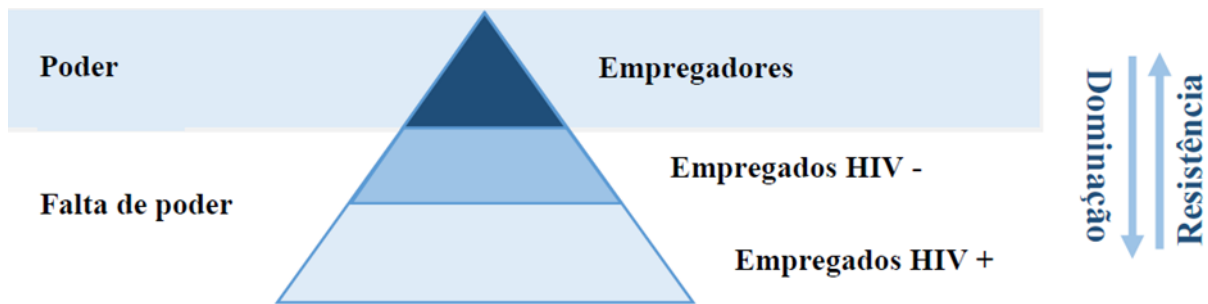
**Figura 3:** Análise dos efeitos visíveis e invisíveis da violência relacionada a HIV/aids no trabalho



A partir dessa representação, podemos indicar que tanto os efeitos visíveis como os invisíveis da discriminação ocasionaram prejuízo material para as PVHA. A dificuldade de se manter no trabalho, a perda da renda e até mesmo o acesso a determinados empregos foram provocados pelo fato de o indivíduo ser portador do HIV, além do impacto negativo no acesso dessa população ao mercado de trabalho. Diversos problemas psicológicos e sociais foram motivados, igualmente, pela discriminação.

Repensando os conceitos de discriminação a partir da teoria da violência direta e estrutural de Galtung (1969; 2004) e de agência (dominação e resistência), desenvolvida por Ortner (2007), é possível representar o poder exercido pelos empregadores sobre os empregados:

**Figura 4:** Representação do triângulo do poder no emprego das PVHA



Nessa representação, utilizamos uma pirâmide, para simular o lugar dos atores envolvidos, o tipo de poder, ou a falta dele, dentro desse esquema, assim como a dominação e a resistência presentes nas relações de trabalho, mas que podem sofrer alterações, em função da possibilidade de mudança dentro da estrutura. O “triângulo da violência”, desenvolvido por Galtung (2004), fundamentou a criação do triângulo do poder, como uma tentativa de aprofundar a discussão teórica para a análise dos resultados.

No topo da pirâmide, estão aqueles que detêm o poder, que podem praticar a violência direta e estrutural (GALTUNG, 2004), que exercem um papel de dominação perante os seus empregados e que possuem “muita agência” (ORTNER, 2007). Não só os empregadores podem exercer essa função, como também os peritos do INSS e do CEMAL, pois estes são os atores que decidem quem pode receber os benefícios do governo. No meio da pirâmide, estão os empregados soronegativos, que não possuem poder, mas que podem efetuar a violência direta sobre as PVHA. Na base da pirâmide, os empregados HIV positivos, que também não exercem poder e que sofrem a violência direta (tanto dos empregadores quanto dos colegas de trabalho)

e a violência estrutural (dos empregadores, incluindo as Forças Armadas). Entretanto, por meio da “agência de poder” (ORTNER, 2007), as PVHA podem mudar de posição dentro da pirâmide, em função do empoderamento obtido por meio do acesso às informações sobre os direitos, da melhora da capacidade para o trabalho por adesão ao tratamento antirretroviral, da procura de uma Assessoria Jurídica de ONGs/aids ou Defensoria Pública e no acolhimento pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral, entre outros fatores.

### Conclusões

A partir dos dados quantitativos e qualitativos, foi traçado um panorama de como se configura a discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil, as principais situações e violações e o acesso às informações sobre os direitos e as leis.

Os problemas relacionados a HIV/aids ligados à incapacidade para o trabalho foram revelados na tese, sendo um componente importante para a não permanência das PVHA no emprego. Contudo, os problemas psicológicos desenvolvidos em função da discriminação no trabalho foram um fator determinante para que as PVHA pedissem o auxílio-doença ou aposentadoria, no INSS ou no CEMAL. A depressão foi sentida, principalmente, pelas mulheres, impactando a sua inserção no mercado de trabalho.

A grande maioria dos entrevistados da unidade de saúde relatou que as empresas realizam o teste de HIV durante o processo admissional, embora proibido por lei. Em relação aos concursos para Sargento e para as escolas preparatórias de Oficiais, o teste de HIV é feito de forma compulsória. Com isso, a violência estrutural nesse ambiente ainda é utilizada como forma de poder sobre aqueles com HIV/aids.

O estigma relacionado a HIV/aids na pesquisa se articulou com outros preexistentes na sociedade, como aqueles vinculados à homofobia, à classe social, a gênero, entre outros. Dessa forma, recomendamos a criação de diversos programas de intervenção no Brasil, sobretudo cultural, para a conscientização dos diversos aspectos da epidemia e que levem em consideração o estigma e a discriminação das PVHA articulados a esses outros marcadores sociais.

A unidade de saúde e o Grupo Pela Vidda Niterói repassam as informações importantes em relação aos direitos para as PVHA, no Rio de Janeiro. O problema é como ampliar o acesso para essa população no Brasil. Até o momento, este tipo de informação está restrito às ONGs de aids, que produzem e/ou repassam os materiais informativos; e aos ativistas, que são convidados a ministrar palestras em determinados lugares, sobre esse tema. Os profissionais de saúde também fazem parte do repasse do conhecimento acerca dos direitos relacionados a HIV/aids, especialmente as assistentes sociais, porque, no serviço público, são as responsáveis

pelos direitos sociais das PVHA.

A busca pelos direitos também está relacionada com a escolaridade e a renda das PVHA, pois os dados da pesquisa quantitativa indicaram que quanto maior a formação escolar e salário, menor a percepção de discriminação. Os dados qualitativos também confirmaram este achado, pois os entrevistados que procuraram a Assessoria Jurídica do Grupo Pela Vidda Niterói, ou que fizeram o Curso de Capacitação de Direitos Humanos em HIV e Aids, tinham o ensino superior ou estavam no processo de concluir a graduação, além de terem uma melhor renda familiar. Somente uma entrevistada da unidade de saúde tinha o ensino superior completo, em duas graduações (psicologia e direito).

O Grupo Pela Vidda Niterói teve um papel importante no apoio social para as PVHA que procuraram os seus serviços. A ação política no campo da aids ficou a cargo dos ativistas, sobretudo aqueles que estão envolvidos no trabalho de *advocacy* da ONG (como o Ativista 1). Há um esvaziamento desse tipo de ação por parte daqueles que fazem parte da sociedade civil de HIV/aids no Brasil, principalmente pelo medo de exporem a sorologia. Isso fragiliza o movimento e atualiza o estigma das PVHA.

Destacamos a contribuição da tese para o campo da Saúde Pública, ampliando a discussão sobre o estigma e a discriminação de HIV/aids no emprego, realizando levantamentos na área, entre outros fatores que ajudam a pensar esse objeto também no âmbito dos serviços de saúde, das ONGs, entre outros espaços.

A conclusão é que os efeitos visíveis e invisíveis da discriminação no emprego fazem parte do panorama dessa realidade para as PVHA no país e é a partir do enfrentamento da discriminação no trabalho, da abertura dos processos, do acesso às informações sobre os direitos, da implementação de programas de intervenção e do fortalecimento da sociedade civil de aids que ocorre o empoderamento dessa população.

## REFERÊNCIAS

- AFRICAN ILO meeting endorses efforts by employers' and workers' organizations to fight HIV/AIDS. **Canadian HIV/AIDS policy & law review/ Canadian HIV/AIDS Legal Network**, v. 9, n. 1, p. 35, 2004.
- ALMEIDA, M.R.C.B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007.
- ANDERSON, B. M. "First do no harm...": can restrictions on HIV-infected health care workers be justified? **Santa Clara law review**, v. 33, p. 603-650, 1993.
- BARBOSA JÚNIOR, A. et al. Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl., p. 94-100, 2006.
- BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 65-76, 2000.
- \_\_\_\_\_ et al. Treatment for HIV/AIDS in Brazil: Strengths, challenges, and opportunities for operations research. **AIDScience**, v. 1, n. 15, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- \_\_\_\_\_. Da Persistência das Metáforas: estigma e discriminação & HIV/Aids. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 91-103.
- BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- \_\_\_\_\_. Aspectos Conceituais e Metodológicos das Relações entre Discriminação e Saúde em Estudos Epidemiológicos. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013 p. 115-134.
- BOWEN, P. A. et al. Factors determining South African construction workers' prejudice towards and discrimination against HIV+ persons. **Journal of Construction Engineering and Management**, v. 141, n. 7, 2015.
- BRASIL. **Relatório de Monitoramento de Atividades de Prevenção e Controle da Infecção pelo HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis em Empresas Brasileiras**. Ministério da Saúde, s/d.
- \_\_\_\_\_. **Constituição Federal, de 1988**. 1988a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 29 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei Nº 7.670, de 8 de setembro de 1988**. Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/AIDS os benefícios que especifica e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1988b.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. Procuradoria-Geral da República. **Recurso Extraordinário Nº 807.127/RJ**. 13 de outubro de 2015.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. **Portaria Normativa Nº 1174/MD, de 6 de setembro de 2006**. Aprova as normas para avaliação da incapacidade decorrente de doenças especificadas em lei pelas Juntas de Inspeção de Saúde da Marinha, do Exército, da Aeronáutica e do Hospital das Forças Armadas. Disponível em: < [http://www.reservaer.com.br/legislacao/portaria\\_1174.pdf](http://www.reservaer.com.br/legislacao/portaria_1174.pdf) >. Acesso em: 29 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Tribunal Superior do Trabalho. **Súmula Nº 443, de 2012**. Presume-se discriminatória a despedida de empregado portador do vírus HIV ou de outra doença grave que suscite estigma ou preconceito. Diário Eletrônico da Justiça do Trabalho, 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 12.984, de 2 junho de 2014**. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana e doentes de aids. Diário Oficial da União, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. Procurador-Geral da República. **Recurso Extraordinário Nº 807.127/RJ**. Discussão sobre a exigência de exames para detecção do vírus HIV em candidatos à carreira militar e servidores militares das Forças Armadas. 2015.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, ano V, nº 1, 2016. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim\\_2016\\_1\\_pdf\\_16375.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2016.

BRAVEMAN, B. et al. HIV/AIDS and return to work: A literature review one-decade post-introduction of combination therapy (HAART). **Work**, n. 27, p. 295-303, 2006.

BROOKS, R. A. et al. Perceived barriers to employment among persons living with HIV/AIDS. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 16, n. 6, p. 756-766, 2004.

BULGARELLI, A. F.; TÁVORA, P. R. Aids e discriminação, a enfermidade no ambiente laboral. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 4, p. 797-803, out./dez. 2013.

CAMPOS, L. N.; GUIMARÃES, M. D. C.; REMIEN, R. H. Anxiety and Depression Symptoms as Risk Factors for Non-adherence to Antiretroviral Therapy in Brazil. **AIDS Behav**, v. 14, p.289-299, 2010.

CAREY, J. H.; ARTHUR, M. M. The developing law on AIDS in the workplace. **Maryland law review**, v. 46, n. 2, p. 284-319, 1987.

CASTANHA, A. R.; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W.; RIBEIRO, C. G. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2007.



CECHIM, P. L.; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 145-9, mar./abr. 2007.

CHAN, K. Y.; REIDPATH, D. D. Methodological considerations in the measurement of institutional and structural forms of HIV discrimination. **Aids Care**, n. 17, supl. 2, p. S205-S213, Jul. 2005.

CENTRO DE APOIO AO CIDADÃO; GRUPO INCENTIVO À VIDA; GRUPO PELA VIDA NITERÓI. **Cartilha Previdência e Exclusão Social**. Projeto Brasil Sem Discriminação, 2014. Disponível em: <[http://giv.org.br/Publicacoes/Cartilha-Previdencia\\_Exclusao.pdf](http://giv.org.br/Publicacoes/Cartilha-Previdencia_Exclusao.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. **Cartilha Criminalização e Exclusão Social**. Projeto Brasil Sem Discriminação, 2014. Disponível em: <[http://giv.org.br/Publica%C3%A7%C3%B5es/Cartilha-Criminalizacao\\_Exclusao.pdf](http://giv.org.br/Publica%C3%A7%C3%B5es/Cartilha-Criminalizacao_Exclusao.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução N.º 1.658/2002**. Normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1658\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1658_2002.htm)>. Acesso em: 16 fev. 2017.

CONYERS, L.; BOOMER, K. B.; MCMAHON, B. T. Workplace discrimination and HIV/AIDS: The national EEOC ADA research project. **Work**, v. 25, n. 1, p. 37-48, 2005.

COSTA, T. L.; OLIVEIRA, D. C.; FORMOZO, G. A. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n. 2, fev. 2015.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. Porto Alegre: Penso, 2013.

CROWLEY, J. S. A., NEVINS, G. R. B., THOMPSON, M. C. The Americans with disabilities act and HIV/AIDS discrimination unfinished business. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 314, n. 3, p. 227-228, 2015.

CRUZ, M. L. S. et al. The “moral career” of perinatally HIV-infected children: revisiting Goffman’s concept. **AIDS Care**, v. 27, n. 1, p; 6-9, 2015.

\_\_\_\_\_. Children and Adolescents with Perinatal HIV-1 Infection: Factors Associated with Adherence to Treatment in the Brazilian Context. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 615, n. 13, p. 1-12, 2016.

CURRAN, C. D. Mandatory testing of public employees for the human immunodeficiency virus: the Fourth Amendment and medical reasonableness. **Columbia Law Review**, v. 90, n. 3, p. 720-759, 1990.

DECOTELLI, P. V. **Direitos Humanos e Aids**: avaliação de implementação das assessorias jurídicas de organizações não governamentais no Brasil. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

**DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS.** Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1987.

DISCRIMINAÇÃO CONTRA pessoas que têm aids é tema de audiência pública no Senado. **Agência de Notícias da Aids.** São Paulo, 5 maio 2013. Disponível em: <[http://www.agenciaaids.com.br/home/noticias/volta\\_item/20747](http://www.agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/20747)>. Acesso em: 4 ago. 2013.

DRAY-SPIRA, R. et al. Socio-economic conditions, health status and employment among persons living with HIV/AIDS in France in 2001. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 15, n. 6, p. 739-748, 2003.

DRYDAKIS, N. Labour Discrimination as a Symptom of HIV: Experimental Evaluation – The Greek Case. **Journal of Industrial Relations**, v. 52, n. 2, p. 201–217, 2010.

DUARTE, E. N. Aprendizagem organizacional em unidades de informação: do grupo focal à comunidade de prática. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v.3, n.13, set./dez. 2008.

ESCOLA DE Sargentos exige teste de HIV para candidatos e caso vai parar na justiça. **Agência de Notícias da Aids.** São Paulo, 10 ago. 2010. Disponível em: <[http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta\\_item/15422](http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/15422)>. Acesso em: 29 dez. 2016.

ESCÓSSIA, F. Discriminação ou zelo pela saúde? Os polêmicos testes de HIV em concursos públicos. **BBC BRASIL**, São Paulo, 21 dez. 2015. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151216\\_teste\\_hiv\\_concursos\\_rm](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151216_teste_hiv_concursos_rm)>. Acesso em: 31 jan. 2017.

ESHER, A. F. **Aids na Marinha: Vivendo o Fim de uma Carreira.** 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 1999.

ESPOSITO, A. P. G.; KAHHALE, E. M. P. Profissionais do Sexo: Sentidos Produzidos no Cotidiano de Trabalho e Aspectos Relacionados ao HIV. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 329-339, 2006.

FERRAZ, D. Prevenção Combinada baseada nos Direitos Humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. **Boletim ABIA**, Rio de Janeiro, n. 61, p. 09-12, dez. 2016. Disponível em: <[http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/12/BOLETIM\\_ABIA\\_61\\_SITE.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/12/BOLETIM_ABIA_61_SITE.pdf)>. Acesso em: 14 abril 2017.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. de C. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/aids. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 4, p. 591-600, out./dez. 2006.

\_\_\_\_\_. SOUZA, L. B. Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 259-267, abr./jun. 2011.

FONSECA, M. G.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia de AIDS no Brasil, 1989-1997. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 678-685, 2002.

FORATTINI, O. P. AIDS e Sua Origem/ Editorial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 153-156, 1993.

FOREMAN, M. A., NÍ RATHAILLE, N. B. Not Just another Long Term Chronic Illness - Social Work and HIV in Ireland. **Practice**, v. 28, n. 2, p. 97-114, 2016.

FRANCE, N. F. et al. "An unspoken world of unspoken things": a study identifying and exploring core beliefs underlying selfstigma among people living with HIV and AIDS in Ireland. **Swiss Medical Weekly**, 145:w14113, 2015.

FRANÇA-JÚNIOR, I.; ZUCCHI, E. M. Fragilidades Teórico-Metodológicas na Produção Acadêmica Brasileira sobre Estigma em Aids. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 105-114.

FREITAS, J. G. et al. Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 720-6, 2012.

GALTUNG, J. Violence, Peace, and Peace Research. **Journal of Peace Research**, v. 6, n. 3, p. 167-191, 1969.

\_\_\_\_\_. Violencia, guerra y su impacto. Sobre los efectos visibles e invisibles de la violencia. **Polylog. Foro para filosofía intercultural**, n. 5, 2004. Disponível em: <<https://them.polylog.org/5/fgj-es.htm>>. Acesso em: 08 jun 2015.

GALVÃO, J. As respostas não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/aids: 1981-1996. In: **Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Ed. 34, 2000, p. 35-111.

GARRIDO, P. B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 72-9, dez. 2007.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GONÇALVES, E. H.; VARANDAS, R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 229-235, 2005.

GRANGEIRO, A. et al. UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl., p. 5-8, 2006.

\_\_\_\_\_; LAURINDO DA SILVA, L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

\_\_\_\_\_ ; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.12, p. 2355-2367, 2010.

GRINSZTEJN, B. et al. Raltegravir for the treatment of patients co-infected with HIV and tuberculosis (ANRS 12 180 Reflate TB): a multicentre, phase 2, non-comparative, open-label, randomised trial. **Lancet Infect Dis**, v. 14, p. 459-467, 2014.

GROSS, J. Many doctors infected with AIDS don't follow new U.S. guidelines. **The New York times**, 1991. Publicado em: 18/08/1991.

GROTZ, F.; PARKER, R. O retorno do vírus ideológico. **Boletim ABIA**, n. 60, pág. 19-21, jun. 2015.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. HIV/AIDS and Human Rights Revisited. **Canadian HIV/Aids Policy & Law Review**, v. 6, n. 1/2, p. 24-28, 2001.

HEACOCK, M. V.; ORVIS, G. P. AIDS in the workplace: public and corporate policy. **Harvard Journal of Law and Public Policy**, v. 13, n. 2, p. 689-713, 1990.

HO, K. Structural Violence as a Human Rights Violation. **Essex Human Rights Review**, v. 4, n. 2, p. 1-17, sept. 2007.

ÍNDICE – PESQUISA DE OPINIÃO. **Relatório Final Referente ao Estudo sobre as Respostas Empresariais Brasileiras ao HIV/Aids Requerido pelo Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/Aids (CEN AIDS)**. 2012.

IMPrensa NACIONAL destaca aprovação na CCJ de projeto lei contra discriminação de soropositivos. **Agência de Notícias da Aids**. São Paulo, 18 nov. 2009. Disponível em: <[http://www.agenciaaids.com.br/home/noticias/volta\\_item/13449](http://www.agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/13449)>. Acesso em: 4 ago. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Resolução Nº 416 /PRES/INSS, de 4 de Junho de 2014**. Aprova Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica – Volume III – Parte II do Manual de Procedimentos em Benefícios por Incapacidade. Dispõem sobre as doenças infectocontagiosas, especificamente HIV/AIDS, Tuberculose e Hanseníase. Diário Oficial da União nº 106, de 5/6/2014, Seção 1, pág. 35.

ISMAIL, S. M. A. B.; EISA, A. A. C; IBRAHIM, F. C. HIV-infected People in Sudan Moving Toward Chronic Poverty: Possible Interventions. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, n. 27, n. 1, p. 30-43, 2016.

JALBERT, Y. Triple-drug therapy and return to work: results of a Quebec survey. **Canadian HIV-AIDS policy & law newsletter/ Canadian HIV-AIDS Legal Network = Réseau juridique canadien VIH-SIDA**, v. 3-4, n. 4-1, p. 13-16, 1997/1998.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS. **Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV**. UNAIDS, 2000.

\_\_\_\_\_. **Report on the global AIDS epidemic**. UNAIDS, 2010.

\_\_\_\_\_. **The Gap Report: Beginning of the end of the AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS, 2014.

KERRIGAN, D. et al. Stigma, discrimination and HIV outcomes among people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil: The intersection of multiple social inequalities. **Global Public Health**, v. 2, n. 12, p. 185-199, 2017.

KRAUSE, J. et al. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. **BMC Public Health**, v. 8, n. 13, p. 735, aug. 2013.

KUMAR, S. A. et al. Positive coping strategies and HIV-related stigma in south India. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 29, n. 3, p. 157-163, 2015.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 50, p. 457-467, 2014.

KUSSNER, B. AIDS-based discrimination in the workplace: issues and answers. **University of Toronto Faculty of Law review**, v. 47, n. 2, p. 383-419, 1989.

LAMBERT, B. Employers endorse AIDS guidelines. **The New York Times**, New York, 1988. Publicado em: 18/02/1988.

LAU, J. T. F.; WONG, W. S. AIDS-related discrimination in the workplace - The results of two evaluative surveys carried out during a three-year period in Hong Kong. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 13, n. 4, p. 433-440, 2001.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LAVILLE, C. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LÉVI-STRAUSS, C. **Totemismo hoje**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1974.

LIBARDONI, M. Fundamentos Teóricos e Visão Estratégica da Advocacy. In: COSTA, C. L.; GROSSI, M. P. (Orgs.). **Revista Estudos Feministas**, 1 ed., Florianópolis: REF/CCE-CFH/UFSC, 2000, v. 8, p. 207-221.

LIMA, V. M. de. **Jovens vivendo com HIV e AIDS, vínculos e sexualidade: uma etnografia em uma policlínica do município do Rio de Janeiro**. 2015. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

LINK, B.; PHELAN, J. Conceptualizing Stigma. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 27, p. 363-85, 2001.

LIU, Y. et al. HIV-related stigma acting as predictors of unemployment of people living with HIV/AIDS. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 24, n. 1, p. 129-135, 2012.

MACCARTHY, S. et al. Late presentation to HIV/AIDS testing, treatment or continued care: clarifying the use of CD4 evaluation in the consensus definition. **HIV Med**, v. 15, p. 130-134, 2014.

MAHAJAN, A. P. et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. **AIDS**, v. 22, supl. 2, p. s67-s79, 2008.

MALBERGIER, A.; SCHÖFFEL, A. C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 23, n. 3, p.160-7, 2001.

MALTA, M. et al. Improvement of HAART in Brazil, 1998–2008: a nationwide assessment of survival times after AIDS diagnosis among men who have sex with men. **BMC Public Health**, v. 15, p. 226, 2015.

MANN, J. Saúde Pública e Direitos Humanos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1-2, p.135-145, 1996.

MARINS, J. R. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v. 25, n. 17, supl. 11, p. 1675-1682, jul. 2003.

MARK, W.W.S. et al. Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with HIV+/AIDS. **Social Science & Medicine**, v. 64, p. 1549–1559, 2007.

MARTIN, D. J. et al. Perceived Employment Barriers and Their Relation to Workforce-Entry Intent Among People With HIV/AIDS. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 8, n. 3, p. 181-194, 2003.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Edusp, 1974.

MCTIGUE, P. From Navas to Kaltoft: The European Court of Justice's evolving definition of disability and the implications for HIV-positive individuals. **International Journal of Discrimination and the Law**, v. 15, n. 4, p. 241-255, 2016.

MELLO, J. A. Prevalent employer discriminatory behaviors toward employees with HIV and the likely impact of the ADA. **Labor law journal**, v. 45, n. 6, p. 323-337, 1994.

MELLO, V. A.; MALBERGIER, A. Depression in women infected with HIV. **Rev Bras Psiquiatr.**, n. 28, v. 1, p.10-7, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n1/a04v28n1.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, Técnicas e Relações em Triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 71-103.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, A. A. Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos. In: **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. — Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MIRIC, M. Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las Personas que Viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social. **Perspectivas Psicológicas**, San Domingo, v. 5, ano VI, p.40-48, 2005.

MONTANER, J. S. et al. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the "HIV Treatment as Prevention" experience in a Canadian setting. **PLoS One**, v. 9, e87872, 2014.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E. Desafios teóricos no campo da prevenção. Divulgação em Saúde para Debate. **CEBES**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 24-33, dez. 2003.

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

\_\_\_\_\_; VILLELA, W. V.; SOARES, P. S. The interaction between axes of inequality in studies on discrimination, stigma and HIV/AIDS: Contributions to the recent international literature. **Global Public Health**, v. 8, p. 519-533, 2013.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. Desafios teóricos, epistemológicos e políticos da pesquisa sobre estigma e discriminação no campo da saúde. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 13-22.

\_\_\_\_\_ et al. A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e Aids no Brasil. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 61-80.

MOODIE, R.; ABOAGYE-KWARTENG, T. Confronting the HIV epidemic in Asia and the Pacific: developing successful strategies to minimize the spread of HIV infection. **AIDS**, v. 7, n. 12, p. 1543-1551, dec. 1993.

MORA, C. M. **Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem do Estado do Rio de Janeiro**: Uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/Aids. 2014. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set. 2001.

MOTT, L. A Transmissão Dolorosa do HIV-Aids: relatos na imprensa brasileira. **Impulso: Revista de Ciências Sociais e Humanas**, Piracicaba, v. 13, n. 32, p. 157-174, set./dez. 2002.

NASCIMENTO, V. L. V. do. **AIDS e Direitos Humanos**: práticas sociais em situações de discriminação. Curitiba: Editora Juruá, 2009.

NUNES, A. A. et al. Análise do perfil de pacientes com HIV/Aids hospitalizados após introdução da terapia antirretroviral (HAART). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3191-3198, 2015.

NUNN, A. S et al. Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment. **PLoS Medicine**, v. 4, n. 11, p. 1804-1817, 2007.

NUSBAUM, N. J. Public health and the law: HIV antibody status and employment discrimination. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 2, n. 2, p. 103-106, 1989.

\_\_\_\_\_. HIV Antibody Status and Employment Discrimination: 1991 Update. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 4, n. 10, 1991.

OLIVEIRA FILHO et al. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 61-68, jan./abr. 2014.

OMIYA, T. et al. Mental health of patients with human immunodeficiency virus in Japan: a comparative analysis of employed and unemployed patients. **AIDS Care**, v. 26, n. 11, p. 1370-8, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaration of Commitment on HIV/SIDA**. ONU/ UNGASS, 2001.

\_\_\_\_\_. **Global Report**. Unaid report on the global AIDS epidemic. 2010.

\_\_\_\_\_. **Campanha “Igual a você”, de pessoas vivendo com HIV/Aids**. Vídeo institucional, ONU, 2010.

\_\_\_\_\_. **Sexagésimo quinto período de sessões. Aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA**. ONU, 8 de junio de 2011.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Recomendação N.º 200 sobre o HIV e a Aids e o mundo do trabalho**. Genebra: OIT; 2010.

ORTNER, S. B. Poder e Projetos: reflexões sobre a agência. In: GROSSI, M. P.; ECKERT, C.; FRY, P. H. (Orgs.). **Reunião Brasileira de Antropologia (2ª: Goiânia: 2006). Conferências e práticas antropológicas**. Blumenau: Nova Letra, 2007, p. 45-80.

PARKER, R. Introdução. In: **Políticas, instituições e Aids: enfrentamento a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar Editor, 1997.

\_\_\_\_\_. Grassroots Activism, Civil Society Mobilization, and the Politics of the Epidemic. **The Brown Journal of World Affairs**, v. II, n. XVII, p. 21-37, spring /summer, 2011.

\_\_\_\_\_. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 25-46.



\_\_\_\_\_. **O fim da AIDS?** Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2015. Disponível em: <[http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/FIM\\_da\\_AIDS\\_capaverm\\_jan2016.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/FIM_da_AIDS_capaverm_jan2016.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. A reinvenção da prevenção no século XXI: o poder do passado para reinventar o futuro. **Boletim ABIA**, Rio de Janeiro, n. 61, p.13-22, dez. 2016. Disponível em: <[http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/12/BOLETIM\\_ABIA\\_61\\_SITE.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/12/BOLETIM_ABIA_61_SITE.pdf)>. Acesso em: 10 abril 2017.

\_\_\_\_\_; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e aids**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, 2001.

\_\_\_\_\_. HIV and Aids related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Socio Science & Medicine**, v. 57, p. 13-24, 2003.

PEREIRA, A. News and views: HIV/Aids and discrimination in the workplace: The cook and the surgeon living with HIV. **European Journal of Health Law**, v. 17, n. 2, p. 139-147, 2010.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 16, v. 7, p. 3249-3257, 2011.

PEREIRA, C. R.; SZWARCOWALD, C. L. As pessoas vivendo com HIV/aids e o direito ao trabalho: Uma reflexão a partir da discriminação. In: ASENSI, F.; PINHEIRO, F.; MUTIZ, P. A. (Orgs.). **Bioética, Trabalho e Educação em Saúde**. Coleção Direito e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Multifoco, 2016, p. 95-111.

PEREIRA, D. M. A.; SILVA, M. G. A. C.; OLIVEIRA, D. C. Qualidade de vida de indivíduos com HIV. **Rev. Saúde em foco**, Teresina, v. 2, n. 1, art. 7, p. 93-112, jan./jul. 2015.

PIMENTA, M. C. **HIV/Aids no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira**. PIMENTA, M. C.; TERTO JÚNIOR, V.; VALENTIM, J. H.; PRADO, M. (Org.); CUNHA M. B. (Coord.). Organização Internacional do Trabalho. Brasília: OIT, 2002.

PITTS, M. K.; GRIERSON, J.; MISSON, S. Growing older with HIV: a study of health, social and economic circumstances for people Living with HIV in Australia over the age of 50 years. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 19, n. 7, p. 460-465, 2005.

PHELAN, J.; LINK, B.; DOVIDIO, J. Estigma e Preconceito: um animal ou dois? In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 183-2070.

PRANSCHKE, S. C.; WRIGHT, B. M. HIV and AIDS-employers grapple with difficult issues. **Benefits quarterly**, v. 11, n. 3, p. 41-48, 1995.

PROCESSOS POR discriminação a soropositivos em São Paulo ainda engatinham, diz colunista Mônica Bergamo. **Agência de Notícias da Aids**. São Paulo, sem data de publicação. Disponível em: <[genciaaids.com.br/home/noticias/volta\\_item/16959](http://genciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/16959)>. Acesso em: 4 ago. 2013.

PROJETO DE Lei no RS prevê multa em casos de discriminação contra portadores do HIV, informa Agora. **Agência de Notícias da Aids**. São Paulo, 6 jan. 2009. Disponível em: <[http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta\\_item/13806](http://agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/13806)>. Acesso em: 04 ago. 2013.

PROJETO QUE criminaliza discriminação de pessoas com HIV será reexaminado. **Agência de Notícias da Aids**. São Paulo, 15 maio 2013. <Disponível em: [http://www.agenciaaids.com.br/home/noticias/volta\\_item/20760](http://www.agenciaaids.com.br/home/noticias/volta_item/20760)>. Acesso em: 4 ago. 2013.

REIS, R. K. et al. Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1-8, jul./ago. 2011.

REMOR, E. A. Aspectos Psicossociais na Era dos Novos Tratamentos da AIDS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, V. 18, n. 3, p. 283-287, set./dez. 2002.

REPORT OF the Ad Hoc Committee on AIDS: HIV-infected health care workers and employment discrimination law. **New York Law School law review**, v. 41, n. 1, p. 151-162, 1996.

RULES FOR infected health care workers criticized. **AIDS alert**, v. 13, n. 2, p. 18-19, 1998.

RIOS, P. D. **Direitos Humanos em HIV/AIDS no Brasil**: a geração do conhecimento e a divulgação da informação como instrumentos para o exercício da cidadania. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – IBICT; Universidade Federal Fluminense, 2009.

SAFREED-HARMON, K. **Human Rights and HIV/AIDS in Brazil**. GMHC TreatmentIssues. 2008, p. 1-8.

SALCEDO, J. P., TOVAR, L. M.; ARRIVILLAGA, M. Aportes de la Organización Internacional del Trabajo al mundo laboral de las personas con VIH/sida. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 39, n. 4, p.708-717, 2013.

SALUM, G. A.; BLAYA; C.; MANFRO; G. G. Transtorno do pânico. **Rev Psiquiatr**, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009. SCHEERHORN, M. Disclosure of health care workers with HIV or AIDS. **Nursing management**, v. 26, n. 10, p. 48C, 48F-48G, 1995.

SEGRE, M. Questões suscitadas pela AIDS em Saúde Ocupacional. **Bioética**, Brasília, v. 1, n.1, p. 62-65, 1993.

SILVA, L. N.; FILHO, D. L. G.; FERREIRA, D. C. Infecção pelo HIV e a atividade laboral do portador: uma relação ética e legal na visão da odontologia do trabalho. **Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 1, p. 35-44, 2007.

SILVEIRA, M. P. T. et al. Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. **Rev Bras Psiquiatr**, n. 34, p.162-167, 2012.

SIMBAYI, L. C. et al. Details for Manuscript Number SSM-D-06-00290R2 “Internalized Stigma, Discrimination, and Depression among Men and Women Living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa”. **Soc Sci Med.**, v. 64, n. 9, p. 1823–1831, may. 2007.

SINGH, M. M. A et al. An assessment of felt needs and expectations of people living with HIV/AIDS seeking treatment at NGOs in Delhi, India. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 27, n. 2, p. NP703-NP712, 2015.

SOARES, R.G. et al. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 635-645, out./dez. 2011.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. **Percepção da Qualidade de Vida e do Desempenho do Sistema de Saúde entre Pacientes em Terapia Anti-Retroviral no Brasil**. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

\_\_\_\_\_; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Self-rated health by HIV-infected individuals undergoing antiretroviral therapy in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. s56-s66, 2011.

SURGEVIL, O.; AKYOL, E. M. Discrimination against people living with HIV/AIDS in the workplace: Turkey context. **Equality, Diversity and Inclusion**, v. 30, n. 6, p. 463-481, 2011.

STUMPF, B. P. et al. Infecções virais e depressão. **J Bras Psiquiatr**, 55(2), p. 132-141, 2006.

SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; CASTILHO, E. A. The Dynamics of the Aids Epidemic in Brazil: A Space-Time Analysis in the Period 1987-1995. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 175-186, 1998.

\_\_\_\_\_; BASTOS, F. I.; ESTEVES; M. A. P. State of animus among Brazilians: influence of socioeconomic context? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, Supl, p. S33-S42, 2005.

\_\_\_\_\_. Estratégias de prevenção à infecção pelo HIV por transmissão sexual: uma revisão bibliográfica. **Relatório para o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**, 2004.

TEIXEIRA, M. G.; SILVA, G. A. da. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais. **Rev. esc. Enferm (USP)**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 729-736, 2008.

TERTO JÚNIOR, V. A AIDS e o local de trabalho no Brasil. In: PARER, R. (Org.). **Políticas, Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.: ABIA, 1997, p. 135-162.

THI, M. D. A. et al. A qualitative study of stigma and discrimination against people living with HIV in Ho Chi Minh City, Vietnam. **AIDS and Behavior**, v. 12, supl. 1, p. S63-S70, 2008.

TIMMONS, J. C.; FESKO, S. L. The impact, meaning, and challenges of work: Perspectives of individuals with HIV/AIDS. **Health and Social Work**, v. 29, n. 2, p. 137-144, 2004.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, Edição Especial 1, p. 38-46, 2007.

TORGAL, J. The right to work and the non-discrimination of individuals infected with the human immunodeficiency virus, HIV/AIDS. The fitness test. **Acta medica portuguesa**, v. 8, n. 7-8, p. 401-404, 1995.

TREBILCOCK, A. M. AIDS and the workplace. Some policy pointers from international labour standards. **International Labour Review**, v. 128, n. 1, p. 29-45, 1989.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. **Can we measure HIV/Aids-related stigma and discrimination? Current Knowledge about quantifying stigma in developing countries**. USAID, 2006.

VENTURA, M. Direitos Humanos e Aids: o cenário brasileiro. In: PARKER, P; GALVÃO, J; BESSA, M. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e política. Resposta frente à Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed 34, 1999, p. 263-338.

\_\_\_\_\_. As estratégias de promoção e garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Divulgação em Saúde para Debates**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 107-115, ago. 2003.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILLELA, W. V. Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. In: PARKER, P; GALVÃO, J; BESSA, M. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e política. Resposta frente à Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed 34, 1999, p. 177-224.

\_\_\_\_\_; VELOSO, J. C. Participação da sociedade civil no seguimento das ações frente à Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl., p. 88-93, 2006.

\_\_\_\_\_; MONTEIRO, S.; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009.

WHOQOL HIV Group. WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: results from the field test. **AIDS Care**, v. 16, n. 7, p.882-889, 2004.

ZIMPEL R. R.; FLECK, M. P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. **AIDS Care**, v. 19, n. 7, p. 923-930, 2007.

## APÊNDICE

**Capítulo de livro:** PEREIRA, C. R.; SZWARCOWALD, C. L. As pessoas vivendo com HIV/aids e o direito ao trabalho: Uma reflexão a partir da discriminação. ASENSI, F.; PINHEIRO, F.; MUTIZ, P. A. (Orgs.). In: **Bioética, Trabalho e Educação em Saúde**. Coleção Direito e Saúde. Editora Multifoco: Rio de Janeiro, 2016, p. 95-111.

### **As pessoas vivendo com HIV/aids e o direito ao trabalho: Uma reflexão a partir da discriminação**

Carla Rocha Pereira<sup>50</sup>

Célia Landmann Szwarcwald<sup>51</sup>

#### **Resumo:**

A descoberta do HIV caminha para sua quarta década e, mesmo com diversos avanços, questões relacionadas ao estigma da aids permanecem. A discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) é um problema que interfere na sua qualidade de vida e nas condições socioeconômicas. Por meio de uma revisão bibliográfica e documental, o presente trabalho tem por objetivo fazer uma reflexão sobre o acesso às oportunidades de trabalho e permanência no emprego, além de investigar como a discriminação influencia na contratação ou demissão dessa população. Como metodologia, foram realizados levantamentos e buscas documentais: 1 – legislação que garante o direito ao trabalho para as PVHA no Brasil; 2 – artigos internacionais e nacionais nas bases Scopus, SciELO e LILACS; e 3 – relatórios da pesquisa “Monitoramento de Atividades de Prevenção e Controle da Infecção pelo HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis em Empresas Brasileiras”, realizada pelo Ministério da Saúde. Os achados revelaram que, no Brasil, a legislação de proteção por vezes não é cumprida, há uma escassa produção sobre o tema e apesar das empresas possuírem um discurso inclusivo, muitas pedem o exame de HIV na admissão.

#### **Palavras-chave:**

HIV/aids, discriminação, trabalho.

---

<sup>50</sup> Mestre em Sociologia e Antropologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). E-mail: cpereira@globomail.com

<sup>51</sup> Doutora em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e Pesquisadora do Laboratório de Informação em Saúde (LIS/ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). E-mail: celia\_ls@hotmail.com

Desde que surgiram os primeiros casos, nos Estados Unidos, na França e na África (FORATTINI, 1993), o HIV/aids suscita questões relativas ao estigma e à discriminação. Nos anos 1980, os infectados pelo HIV estavam vinculados a grupos populacionais considerados de maior risco, como os homossexuais, os (as) profissionais do sexo e os usuários de drogas injetáveis. No entanto, essa classificação contribuiu para o uso de termos depreciativos, como “câncer gay”, principalmente pela ocorrência de um câncer raro em homens jovens e em sua maioria homossexuais masculinos (BASTOS, 2006), além da utilização do termo GRID (*Gay-related immune deficiency*).

No Brasil, a epidemia surgiu nas grandes capitais no começo da década de 1980, principalmente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, e entre alguns grupos, como os homossexuais, bissexuais e aqueles que precisavam de hemoderivados, sobretudo os hemofílicos (SZWARCOWALD; BASTOS; CASTILHO, 1998; BASTOS, 2006; SOUZA-JÚNIOR, 2009).

Entre as décadas de 1980 e 1990, os jornais brasileiros traziam reportagens que reforçavam a utilização dos termos estigmatizantes vinculados aos soropositivos. As pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) eram subdivididas em duas categorias: os “culpados” (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de droga) e os “inocentes” (hemofílicos, filhos de mães soropositivas, esposas de maridos com múltiplos parceiros). Certas PVHA eram retratadas como “perigosas” para a sociedade, acusadas de utilizar o sangue contaminado como “arma”, além das diversas manchetes e notícias sobre a transmissão sexual proposital (MOTT, 2002).

Outros fatores contribuíram para marginalizar aqueles que tinham contraído a aids no começo da epidemia, como a moralidade religiosa que pregava a não utilização da camisinha, e condenava os homossexuais por acreditar que manter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo era contra os princípios de diversas religiões (MOODIE; ABOAGYE-KWARTENG, 1993).

No Brasil, até meados da década de 1990, a terapia antirretroviral (TARV) não era de ampla distribuição no Brasil, e a sobrevivência mediana era de 5 meses (MARINS et al., 2003). O governo passou a fornecer gratuitamente os medicamentos da TARV a partir de 1996 e, com o advento da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), em 1997, iniciou-se uma nova fase da epidemia. A maior sobrevivência dos soropositivos modificou a visão da morte e introduziu aspectos relacionados à qualidade de vida (SOUZA-JÚNIOR et al., 2007).

Apesar dos grandes avanços no que tange ao tratamento das PVHA, há aspectos que permanecem desde o surgimento da epidemia, como o estigma, a discriminação e a violação

dos direitos em torno dessa população. As PVHA ainda têm receio de revelar o diagnóstico de HIV para as suas famílias, amigos e parceiros sexuais pelo medo da marginalização e exclusão social (KRAUSE et al., 2013). O receio em saber o status sorológico provoca atrasos na realização do teste e no início do tratamento, o que impacta tanto na progressão da doença entre os infectados pelo HIV como também na transmissão do vírus aos seus parceiros sexuais (MACCARTHY et al., 2014).

A discriminação relacionada ao trabalho das PVHA pode trazer diversas consequências para essa população, seja de cunho econômico ou social. Sua importância na vida dos indivíduos é incontestável, pois através dele que se exerce atividades laborativas e trocas pelo valor de quanto se produz. Igualmente, o trabalho dá ao indivíduo o sentimento de pertencimento social, de vinculação, possibilita o relacionamento com outras pessoas, além de proporcionar objetivos à vida (MORIN, 2001).

O presente trabalho tem por objetivo aprofundar a reflexão em torno da discriminação de PVHA no acesso às oportunidades de trabalho e permanência no emprego por meio de levantamentos e buscas documentais. As questões norteadoras referem-se, sobretudo, em entender as políticas, processos e discursos em torno da discriminação de PVHA no trabalho, como a legislação de proteção contra discriminação e manutenção no emprego dessa população.

### **Aspectos metodológicos**

A metodologia foi desenvolvida em três etapas. A primeira está relacionada à legislação que garante o direito ao trabalho para as PVHA. Foram realizados levantamentos no Portal da Agência de Notícias da Aids no período de dez anos, 2003-2013. Adicionalmente, foram analisados os processos de discriminação no site JusBrasil, que faz esse tipo de levantamento nos tribunais brasileiros. Foi utilizado o descritor “discriminação aids”, para análise dos processos ocorridos até 2013 relacionados ao trabalho.

Na segunda etapa, foi realizada a revisão de artigos internacionais e nacionais sobre a discriminação de PVHA no trabalho. O levantamento internacional foi efetivado na Base *Scopus*, por meio da combinação dos descritores *aids and HIV and work or job or employment and discrimination*. Já o levantamento nacional foi realizado em duas bases de dados: 1 - SciELO Brasil; 2 - LILACS. Alguns descritores foram combinados nas buscas nas duas bases de dados, a saber: aids; HIV; trabalho; discriminação.

Na última etapa, foram examinados dois relatórios da Pesquisa “Monitoramento de Atividades de Prevenção e Controle da Infecção pelo HIV e outras Doenças Sexualmente

Transmissíveis em Empresas Brasileiras”, realizada pelo Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/Aids (CENAIDS). A aplicação do questionário ocorreu no período de 2005 a 2012, onde as empresas foram contatadas para realizar entrevistas por telefone (respondendo a um questionário) e selecionadas por uma amostra probabilística, com estratificação por pequena, média e grande porte.

## Principais achados

### A legislação brasileira e a proteção das PVHA

A partir dos levantamentos realizados no Portal da Agência de Notícias da Aids e na literatura nacional, foi possível analisar a legislação de proteção contra a discriminação e manutenção das PVHA no emprego. Desde o começo da década de 1990, algumas portarias e resoluções foram criadas para que os candidatos a uma vaga de emprego não fossem testados para o HIV. As primeiras portarias foram de âmbito local, se concentrando em Brasília e no Distrito Federal (Quadro 1).

Nos anos 2000, começam a ser implementadas as resoluções e portaria mais importantes. A Resolução Nº 1.665, do Conselho Federal de Medicina (2003), e a Portaria Nº 1.246, do Ministério do Trabalho e Emprego (2010), proíbem a testagem compulsória para o exame de HIV, sendo que a portaria tem uma ênfase no emprego, impedindo o exame: na admissão; na mudança de função; na avaliação periódica; no retorno ao trabalho; entre outros. Já a Resolução Nº 185, do Tribunal Superior do Trabalho (2012), reeditou a Súmula Nº 433, e aborda as ações discriminatórias vinculadas à dispensa do emprego entre as PVHA e outros tipos de doenças crônicas.

**Quadro 1.** Portarias e resoluções vinculadas a testagem do HIV, discriminação e trabalho. Brasil, 2013.

Legislação	Local	Data	Resumo
<b>Portaria Interministerial Nº 869</b>	Brasília	11 de agosto de 1992	Ministros da Saúde, Trabalho e da Administração: Proíbe a testagem para detecção do vírus HIV, nos exames pré-admissionais e periódicos de saúde dos servidores públicos.
<b>Portaria Nº 007</b>	Distrito Federal	27 de março de 1993	Assinada pelo Secretário de Saúde e proíbe a testagem para detecção do vírus HIV nos exames pré-admissionais e periódicos de saúde dos servidores públicos.
<b>Resolução Nº 1.665</b>	Brasília	07 de maio de 2003	Conselho Federal de Medicina: Veda a realização compulsória do exame de sorologia para o HIV.



<b>Portaria Nº 1.246</b>	Brasília	28 de maio de 2010	Ministério do Trabalho e Emprego: Proíbe, de forma direta e indireta, o pedido de exame de sorologia para o HIV na admissão, mudança de função, avaliação periódica, retorno, demissão ou outros ligados à relação do emprego.
<b>Resolução Nº 185</b>	Brasília	14 de setembro de 2012	Tribunal Superior do Trabalho: Edição da Súmula Nº 433, que aborda a ação discriminatória relacionada a despedida do empregado portador do vírus HIV ou de outra doença grave que suscite estigma ou preconceito. Inválido o ato, o empregado tem direito à reintegração do emprego.

Adicionalmente, existem leis estaduais e uma lei nacional que protegem as PVHA especificamente de discriminação (Quadro 2). As leis estaduais são mais abrangentes, mas a Lei Nº 12.984, assinada pela presidenta Dilma Rousseff em 2 de junho de 2014, possui três incisos diretamente relacionados ao trabalho: “II – negar emprego ou trabalho”; “III – exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego”; “IV – segregar no ambiente de trabalho ou escolar”.

**Quadro 2.** Leis vinculadas à discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids. Brasil, 2014.

<b>Legislação</b>	<b>Local</b>	<b>Data</b>	<b>Resumo</b>
<b>Lei estadual Nº 12.595</b>	Goiás	26 de janeiro de 1995	Veda e penaliza qualquer ato discriminatório em relação às pessoas com HIV/aids.
<b>Lei estadual Nº 3.559</b>	Rio de Janeiro	15 de maio de 2001	Estabelece penalidades aos estabelecimentos que discriminem portadores de vírus HIV, sintomáticos e assintomáticos.
<b>Lei estadual Nº 11.199</b>	São Paulo	12 de julho de 2002	Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com aids.
<b>Lei estadual Nº 14.582</b>	Minas Gerais	17 de janeiro de 2003	Proíbe a discriminação contra portador do HIV e pessoa com aids nos órgãos e entidades da administração direta e indireta do estado.
<b>Lei estadual Nº 7.556</b>	Espírito Santo	10 de novembro de 2003	Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou as pessoas com aids.
<b>Lei estadual Nº 14.362</b>	Paraná	19 de abril de 2004	Veda a discriminação aos portadores do vírus HIV ou a pessoas com aids.
<b>Lei estadual Nº 8.813</b>	Rio Grande do Norte	02 de março de 2006	Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com aids no Rio Grande do Norte e dá outras providências.
<b>Lei Nacional Nº 12.984</b>	Brasília	02 de junho de 2014	Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.

O levantamento realizado no site JusBrasil apontou que a maior parte dos processos de discriminação no país abordam a questão no emprego, principalmente a reintegração do posto de trabalho, pedidos de indenização por danos morais e revelação do diagnóstico no ambiente de trabalho, entre outros. Nos processos, evidenciou-se a utilização de diversos artigos da Constituição Federal, de 1988, bem como o uso de leis brasileiras e tratados internacionais do

trabalho para embasar as ações, como, por exemplo, a Recomendação N° 200, de 2010, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que dá subsídios para o campo do emprego relacionado ao portador de HIV.

### **A produção internacional e nacional sobre a discriminação de PVHA no trabalho**

#### Produção internacional

A revisão internacional mostrou que, entre os anos de 1980 e 1990, a grande produção de artigos era sobre a realidade dos Estados Unidos da América (EUA). Esses trabalhos abordavam a problemática da época: a falta de tratamento; a visão da morte eminente; e vida relacionada a comportamentos transgressores e vinculada aos grupos de risco. A discriminação dos infectados foi comparada com a experimentada entre os deficientes e enquadrada na Lei de Reabilitação (1973). Os efeitos da aids eram avaliados como limitadores para as atividades do dia a dia das PVHA, como o trabalho, e desvantajosos perante os indivíduos considerados “saudáveis” (CAREY; ARTHUR, 1987).

As atitudes discriminatórias e a quebra do sigilo do status sorológico eram realizadas pelos empregadores. O HIV era tido como altamente contagioso, o que se refletia no isolamento dos infectados. A discriminação era associada, sobretudo, à desinformação sobre as formas de transmissão do HIV, como aqueles que acreditavam na transmissão através do contato casual, além de preconceitos pré-estabelecidos sobre os estilos de vida que seriam mais propensos para contrair o vírus (CAREY; ARTHUR, 1987; KUSSNER, 1989; NUSBAUM, 1989).

As negociações coletivas foram uma solução para a abertura de um canal de negociação entre os empregadores e trabalhadores (KUSSNER, 1989). Nesse período, o papel dos sindicatos na gestão de ações para acabar com a discriminação começa a ter relevância (TREBILCOCK, 1989). Contudo, as implicações econômicas em manter um soropositivo no emprego eram levadas em consideração em muitas empresas. O afastamento do posto de trabalho era recorrente entre as PVHA.

Nesse cenário, o governo dos EUA ofereceu suporte econômico para aqueles que ficavam desempregados ou que não conseguiam se aposentar. Desta forma, se o teste para detecção do HIV fosse permitido, os empregadores evitariam a contratação das PVHA. Por outro lado, tornava difícil a inserção dessa população no mercado de trabalho (KUSSNER, 1989; NUSBAUM, 1989).

Os trabalhos do começo da década de 1990 chamam atenção para as diretrizes para regularizar o teste e garantir a confidencialidade, mas a política em demitir trabalhadores infectados pelo HIV permanecia (HEACOCK; ORVIS, 1990). Outra lei foi promulgada para os deficientes, a *Disabilities Act* - ADA, dando ampla proteção para os indivíduos que sofriam discriminação (NUSBAUM, 1991; PRANSCHKE; WRIGHT, 1995).

Igualmente, nos EUA, cresce a preocupação com a transmissão do vírus dos profissionais de saúde infectados para os seus pacientes. Alguns profissionais começaram a evitar a realização de procedimentos invasivos e passaram a ser substituídos por outros profissionais e residentes. Houve, adicionalmente, a tentativa de introdução de leis para obrigar a revelação do diagnóstico para os pacientes. O medo da perda do emprego era recorrente, como as queixas de discriminação, e muitos tentaram se enquadrar, sem sucesso, em tarefas administrativas (GROSS, 1991).

Em 1991, os *Centers for Disease Control* (CDC) publicaram diretrizes rígidas para a prevenção da transmissão do HIV em instituições de saúde. Com isso, as recomendações para os profissionais de saúde foram reforçadas, indicando a não realização de procedimentos invasivos (ANDERSON, 1993). Apesar da publicação das diretrizes, houve pressão por parte dos profissionais de saúde para que elas fossem revisadas.

A partir dos anos 2000, os estudos começaram a investigar a reinserção das PVHA no mercado de trabalho. Motivos prováveis para a mudança de foco foram os debates e o desenvolvimento de políticas e leis consolidadas nos Estados Unidos na década de 1990, e a reflexão sobre os pacientes que estavam em tratamento antirretroviral e desejavam voltar a ter uma vida economicamente ativa. Ainda assim, o estigma e a discriminação eram fatores que constrangiam as PVHA de efetivar o retorno ao trabalho (TIMMONS; FESKO, 2004; BRAVEMAN, 2006). Outra questão importante para a decisão de retornar ou não ao trabalho era a possível perda de renda, pois muitas PVHA recebiam benefícios do governo americano, garantindo uma renda maior que a recebida na época em que trabalhavam (MARTIN et al., 2003; BROOKS et al., 2004).

Nos anos 2000, houve também ampliação da publicação de artigos sobre a realidade de outros continentes, como Ásia, África e Europa. O foco das discussões perpassou pela implementação de políticas nas empresas e o impacto da discriminação na qualidade de vida das PVHA, sobretudo no trabalho; comunicados internacionais sobre resoluções para que empregadores e trabalhadores enfrentassem o HIV/aids; e as barreiras para o trabalho das PVHA que se remetiam ao começo da epidemia, onde a discriminação gerava o abandono do

emprego e o isolamento dos demais colegas (LAU; WONG, 2001; DRAY-SPIRA et al., 2003; THI, 2008).

#### Os tratados internacionais

Diversas foram as declarações sobre a discriminação de PVHA no ambiente de trabalho produzidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo a primeira em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) no final da década de 1980. Essa declaração abordou vários temas importantes, reforçando o desejo das pessoas vivendo com HIV/aids de continuar trabalhando para melhorar o bem-estar físico e mental (TREBILCOCK, 1989). Na década de 1990, houve o empenho da comunidade europeia para que as PVHA não sofressem discriminação e para que os direitos humanos dessa população fossem respeitados, reiterando a declaração da OMS para que esses indivíduos permanecessem inseridos na sociedade (TORRALBA, 1995).

Em 2010, foi adotada pela primeira vez pela OIT uma norma internacional dedicada especificamente ao HIV/aids e trabalho. Essa norma tem como base os direitos humanos e contempla disposições sobre prevenção, tratamento e cuidados, apoio e medidas anti-discriminação para as PVHA, tendo apoio da UNAIDS e OMS (SALCEDO; TOVAR; ARRIVILLAGA, 2013).

#### A produção nacional

Escassa foi a produção sobre a realidade brasileira. Os poucos artigos focaram a legislação de proteção e os discursos da discriminação das PVHA no trabalho (SEGRE, 1993; GARRIDO et al., 2007; CECHIM; SELLI, 2007; FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011). O único trabalho da década de 1990 indicou diversos dispositivos (informativos, pareceres, recomendações, portarias, entre outros) que auxiliaram a proteção das PVHA nesse período (SEGRE, 1993).

Sobre os aspectos da discriminação no emprego entre as PVHA, para os homens ela foi interpretada como um obstáculo relacionado ao bem-estar, afetando a identidade masculina e acarretando diversos problemas de saúde. Houve relatos sobre a dificuldade em processar as empresas que os discriminaram, sobretudo pela falta de provas que a demissão foi gerada em função do diagnóstico de HIV ou na quebra do sigilo do diagnóstico nos exames pré-admissionais (proibida por lei). Na situação de várias tentativas sem sucesso de inserção no mercado de trabalho, a opção tem sido a de se aposentar por invalidez pelo Instituto Nacional

do Seguro Social (INSS), considerada por eles como um “atestado de exclusão” social (GARRIDO et al., 2007).

Dois estudos investigaram mulheres infectadas pelo HIV, que relataram o medo da discriminação nas relações familiares, no ambiente de trabalho e entre os amigos. O receio passa pelo isolamento e julgamento do comportamento pela sociedade. Particularmente, no que diz respeito ao trabalho, o medo é vivenciado pela expectativa de demissão e do diagnóstico ser relevado. Estar empregada significa a possibilidade de compor a renda familiar, além da independência econômica (CECHIM; SELLI, 2007).

Para elas, o trabalho é visto de forma dúbia, pois pode servir de suporte e lugar de acolhimento e ser também fonte de discriminação. O trabalho é utilizado para afastar os pensamentos recorrentes sobre a doença, onde o foco durante as horas de atividade laboral gira mais em torno do fazer e da produção (FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011). Em relação à discriminação, diversas foram as convergências entre homens e mulheres com HIV/aids no Brasil, tais como: o medo da entrega periódica de atestado médico; o pedido de demissão como forma de se proteger de uma eventual revelação do diagnóstico em decorrência da discriminação experimentada; a incerteza da permanência no emprego; o ambiente de trabalho como um fator para a melhora da qualidade de vida; o medo do desemprego e dificuldades na reinserção no mercado de trabalho, principalmente pelo desenvolvimento do quadro clínico da doença; os atrasos e faltas no emprego em decorrência das consultas médicas, entre outros (GARRIDO et al., 2007; CECHIM; SELLI, 2007; FERREIRA; FIGUEIREDO; SOUZA, 2011).

### **Os discursos das empresas**

Na primeira etapa da Pesquisa “Monitoramento de Atividades de Prevenção e Controle da Infecção pelo HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis em Empresas Brasileiras” (2005-2006), algumas perguntas inseridas no questionário foram direcionadas para o entendimento da abordagem do HIV/aids e das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) no local de trabalho, tais como o desenvolvimento de ações de prevenção e atividades de assistência e tratamento.

No questionário aplicado, havia uma questão diretamente relacionada ao estigma e a discriminação (BRASIL, s/d)<sup>52</sup>, subdividida em sete itens, com quatro deles relacionados ao

---

<sup>52</sup> “Ações de proteção e de redução do estigma e discriminação. Por favor, marque a resposta que corresponde à política ou ação de sua empresa com relação aos itens mencionados abaixo”.

HIV/aids: 1 - Coibir a discriminação entre os funcionários sobre pessoas soropositivas ao HIV; 2 - Proibir o requerimento de atestados de exames de HIV/aids para candidatos ou empregados segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS); 3 - Oferecer aconselhamento em HIV/AIDS e outras DST; e 4 - Garantir que as pessoas vivendo com HIV/AIDS continuassem no trabalho apropriado enquanto clinicamente aptas.

Cerca de 360 empresas responderam ao questionário e foram estratificadas pelo número de funcionários (de 100 a 499 e 500 e mais funcionários). De acordo com os resultados da pesquisa, se um candidato a uma vaga fosse diagnosticado com HIV, somente 15,7% das empresas afirmaram que contratariam normalmente a PVHA, 36,4% encaminharia para uma avaliação de saúde especializada, 15,7% contratariam e encaminhariam para o serviço médico e 4% não realizariam a contratação. Entre os já contratados, 40,8% das empresas disseram que remanejariam o funcionário para outra função e 0,8% o demitiria.

Um segundo relatório foi desenvolvido em 2012, analisando a aplicação do questionário em alguns anos (ÍNDICE: PESQUISA E OPINIÃO, 2012). Nessa etapa, foram selecionadas 2.485 empresas que compõe a amostra total do estudo. Os dados indicaram que a maioria (64%) das empresas possuem políticas para coibir a discriminação entre os seus funcionários e pessoas vivendo com HIV/aids. Contudo, somente 36% não pedem o exame de HIV na admissão e para os seus empregados. A grande maioria (87,3%) garante o emprego das PVHA em um trabalho apropriado enquanto estiverem clinicamente aptas, além de fornecerem aos seus funcionários palestras sobre o HIV/aids e outras DSTs (81,1%) e aconselhamento de testagem voluntária para o HIV (66,1%). As palestras são utilizadas como ferramenta para fornecerem aos seus funcionários acesso à informação sobre as formas de infecção do HIV e outras DSTs, contratando profissionais capacitados para essa função (81,1%).

Em relação aos motivos para as empresas não realizarem ações, projetos e/ou programas sobre HIV/aids e outras DSTs, quase a metade apontou a falta de necessidade (46,4%), enquanto um quarto declarou que as ações não eram consideradas como prioridades porque a maioria dos seus funcionários eram de pessoas casadas, heterossexuais, entre outros contextos. Dessa forma, as empresas vincularam a transmissão do HIV aos grupos de risco (ÍNDICE: PESQUISA E OPINIÃO, 2012). Esse pensamento limitador pode ter impedido a implantação de políticas em muitas empresas para que as formas de transmissão do HIV e abordagem da prevenção fossem transmitidas para seus funcionários.

### **Passado, presente... E o futuro?**

Através dos diversos levantamentos realizados, observou-se que o desenvolvimento da legislação brasileira para proteção das PVHA partiu do princípio do sigilo do diagnóstico. Para isso, resoluções e portarias foram criadas para evitar o teste compulsório admissional na década de 1990. Só a partir da segunda década dos anos 2000 que a proteção das PVHA no mercado de trabalho foi consolidada, sobretudo com a lei contra a discriminação implantada em 2014 (Lei Nº 12.984).

Em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, essa discussão já ocorria nas primeiras décadas da epidemia e com a efetiva participação dos sindicatos e trabalhadores para que leis de proteção fossem criadas (CAREY; ARTHUR, 1987; KUSSNER, 1989). Os conceitos de estigma e discriminação também partiram de autores americanos, indicando o pioneirismo sobre essa reflexão (GOFFMAN, 2013 [1963]) e que influenciou outros trabalhos no mundo (PARKER; AGGLETON, 2003; PARKER, 2013; MONTEIRO et al., 2013). Apesar dos diversos tratados e normas, as PVHA continuam passando por situações de discriminação no emprego e diversos empregadores ainda expressam receios similares aos da década de 1980 (DRYDAKIS, 2010).

No Brasil, muitas empresas ainda realizam o exame de HIV (BRASIL, s/d) e não contratam as PVHA. Aqueles que se descobrem portadores do HIV já empregados convivem com o temor da eminente demissão. Essa visão foi confirmada na literatura nacional, onde as PVHA indicaram o medo da revelação da sorologia para seus empregadores e, com isso, perderem o emprego. Além disso, há também o medo de sofrerem discriminação por parte dos colegas de trabalho (CECHIM; SELLI, 2007).

A classificação dos indivíduos em grupos de risco pode determinar a contratação ou não dos funcionários, enquadrando as PVHA em alguns estereótipos (ÍNDICE: PESQUISA E OPINIÃO, 2012). Há trabalhos que revelam a percepção de maior sentimento de discriminação de PVHA em certos grupos, como profissionais do sexo e usuários de drogas (KERRIGAN et al., in press), além de fatores vinculados as desigualdades sociais.

Apesar de diversos avanços, a discriminação de PVHA no trabalho ainda é um problema enfrentado por essa população no Brasil, impactando negativamente nas questões socioeconômicas. Devemos acompanhar se a Lei Nº 12.984, de fato, vai proteger as PVHA de discriminação e dispensa no trabalho, e se a sociedade civil vai conseguir pressionar o governo para que sejam implementadas políticas de inserção desses indivíduos no mercado de trabalho.

## Referências Bibliográficas

ANDERSON, B. M. "First do no harm...": can restrictions on HIV-infected health care workers be justified? **Santa Clara law review**, v. 33, p. 603-650, 1993.

BASTOS, F. I. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRASIL. **Relatório de Monitoramento de Atividades de Prevenção e Controle da Infecção pelo HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis em Empresas Brasileiras**. Ministério da Saúde, s/d.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal, de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 29 out. 2013.

BRAVEMAN, B. et al. HIV/AIDS and return to work: A literature review one-decade post-introduction of combination therapy (HAART). **Work**, n. 27, p. 295–303, 2006.

BROOKS, R. A. et al. Perceived barriers to employment among persons living with HIV/AIDS. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 16, n. 6, p. 756-766, 2004.

CAREY, J. H.; ARTHUR, M. M. The developing law on AIDS in the workplace. **Maryland law review**, v. 46, n. 2, p. 284-319, 1987.

CECHIM, P. L.; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 145-9, mar./abr. 2007.

DRAY-SPIRA, R. et al. Socio-economic conditions, health status and employment among persons living with HIV/AIDS in France in 2001. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 15, n. 6, p. 739-748, 2003.

DRYDAKIS, N. Labour Discrimination as a Symptom of HIV: Experimental Evaluation – The Greek Case. **Journal of Industrial Relations**, v. 52, n. 2, p. 201–217, 2010.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. de C.; SOUZA, L. B. Trabalho, HIV/AIDS: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 259-267, abr./jun. 2011.

FORATTINI, O. P. AIDS e Sua Origem/ Editorial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 153-156, 1993.

GARRIDO, P. B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41 (Suppl 2.), p. 72-9, dec. 2007.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GROSS, J. Many doctors infected with AIDS don't follow new U.S. guidelines. **The New York times**, 1991. Publicado em: 18/08/1991.



HEACOCK, M. V.; ORVIS, G. P. AIDS in the workplace: public and corporate policy. **Harvard Journal of Law and Public Policy**, v. 13, n. 2, p. 689-713, 1990.

ÍNDICE – PESQUISA DE OPINIÃO. **Relatório Final Referente ao Estudo sobre as Respostas Empresariais Brasileiras ao HIV/Aids Requerido pelo Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/Aids (CEN AIDS)**. 2012.

KERRIGAN et al. **Stigma, discrimination and HIV outcomes among people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil: the intersection of multiple social inequalities** in press.

KRAUSE, J. et al. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. **BMC Public Health**, v. 8, n. 13, p. 735, aug. 2013.

KUSSNER, B. AIDS-based discrimination in the workplace: issues and answers. **University of Toronto Faculty of Law review**, v. 47, n. 2, p. 383-419, 1989.

LAU, J. T. F.; WONG, W. S. AIDS-related discrimination in the workplace - The results of two evaluative surveys carried out during a three-year period in Hong Kong. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 13, n. 4, p. 433-440, 2001.

MACCARTHY, S. et al. Late presentation to HIV/AIDS testing, treatment or continued care: clarifying the use of CD4 evaluation in the consensus definition. **HIV Med**, v. 15, p. 130-134, 2014.

MARINS, J. R. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v. 25, n. 17(11), p. 1675-1682, jul. 2003.

MARTIN, D. J. et al. Perceived Employment Barriers and Their Relation to Workforce-Entry Intent Among People With HIV/AIDS. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 8, n. 3, p. 181-194, 2003.

MONTEIRO, S. et al. A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e Aids no Brasil. MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). In: **Estigma e Saúde**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2013 p. 61-80.

MOODIE, R.; ABOAGYE-KWARTENG, T. Confronting the HIV epidemic in Asia and the Pacific: developing successful strategies to minimize the spread of HIV infection. **AIDS**, v. 7, p. 1543-1551, 1993.

MORIN. E. M. Os sentidos do trabalho. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set. 2001.

MOTT, L. A Transmissão Dolorosa do HIV-Aids: relatos na imprensa brasileira. **Impulso: Revista de Ciências Sociais e Humanas**, Piracicaba, v. 13, n. 32, p. 157-174, set./dez. 2002.

NUSBAUM, N. J. Public health and the law: HIV antibody status and employment discrimination. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 2, n. 2, p. 103-106, 1989.

\_\_\_\_\_. HIV Antibody Status and Employment Discrimination: 1991 Update. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 4, n. 10, 1991.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Recomendação N.º 200 sobre o HIV e a Aids e o mundo do trabalho**. Genebra: OIT; 2010.

PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública. MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Orgs.). In: **Estigma e Saúde**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2013 p. 25-46.

\_\_\_\_\_; AGGLETON, P. HIV and Aids related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Socio Science & Medicine**, v. 57, p. 13-24, 2003.

PRANSCHKE, S. C.; WRIGHT, B. M. HIV and AIDS-employers grapple with difficult issues. **Benefits quarterly**, v. 11, n. 3, p. 41-48, 1995.

SALCEDO, J. P., TOVAR, ARRIVILLAGA, M. Aportes de la Organización Internacional del Trabajo al mundo laboral de las personas con VIH/sida. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 39, n. 4, p.708-717, 2013.

SEGRE, M. Questões suscitadas pela AIDS em Saúde Ocupacional. **Bioética**, Brasília, v. 1, n.1, p. 62-65, 1993.

SOUZA-JÚNIO, P. R. B. **Percepção da Qualidade de Vida e do Desempenho do Sistema de Saúde entre Pacientes em Terapia Anti-Retroviral no Brasil**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. **Clinics**, São Paulo, v. 62, p. 579-584, 2007.

SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; CASTILHO, E. A. The Dynamics of the Aids Epidemic in Brazil: A Space-Time Analysis in the Period 1987-1995. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 175-186, 1998.

THI, M. D. A. et al. A qualitative study of stigma and discrimination against people living with HIV in Ho Chi Minh City, Vietnam. **AIDS and Behavior**, v. 12, n. SUPPL. 1, p. S63-S70, 2008.

TIMMONS, J. C.; FESKO, S. L. The impact, meaning, and challenges of work: Perspectives of individuals with HIV/AIDS. **Health and Social Work**, v. 29, n. 2, p. 137-144, 2004.

TORGAL, J. The right to work and the non-discrimination of individuals infected with the human immunodeficiency virus, HIV/AIDS. The fitness test. **Acta medica portuguesa**, v. 8, n. 7-8, p. 401-404, 1995.

TREBILCOCK, A. M. AIDS and the workplace. Some policy pointers from international labour standards. **International Labour Review**, v. 128, n. 1, p. 29-45, 1989.

## ANEXOS

## ANEXO A: Questionário da pesquisa “Pacientes em Terapia Antirretroviral no Brasil: Resposta do Sistema de Saúde e Qualidade de Vida” (2008)

MÓDULO A: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS			
A.0	Você está fazendo tratamento com medicamentos anti-retrovirais?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Se 2: Encerre o questionário			
A.1.	Qual o seu município de residência?	_____	
A.2.	Sexo?	1. <input type="checkbox"/> Masculino	2. <input type="checkbox"/> Feminino
A.3.	Qual a sua idade?	_____anos	
A.4.	Qual o seu estado conjugal?	1. <input type="checkbox"/> Nunca foi casado(a)	
		2. <input type="checkbox"/> Casado(a) atualmente	
		3. <input type="checkbox"/> Vive com companheiro(a) atualmente	
		4. <input type="checkbox"/> Separado(a)	
		5. <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	
		6. <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	
A.5.	Qual foi o curso mais elevado que completou?	1. <input type="checkbox"/> Analfabeto / menos de um ano de instrução	
		2. <input type="checkbox"/> Elementar incompleto (1ª a 3ª série)	
		3. <input type="checkbox"/> Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série)	
		4. <input type="checkbox"/> Fundamental completo e ensino médio incompleto	
		5. <input type="checkbox"/> Ensino médio completo e superior incompleto	
		6. <input type="checkbox"/> Superior completo ou mais	
A.6.	Qual a sua cor ou raça? (Não leia as alternativas para os entrevistados)	1. <input type="checkbox"/> Branca	
		2. <input type="checkbox"/> Preta	
		3. <input type="checkbox"/> Amarela	
		4. <input type="checkbox"/> Parda	
		5. <input type="checkbox"/> Indígena	
		6. <input type="checkbox"/> Ignorada	
A.7.	Você está coberto por algum plano de saúde?	1. <input type="checkbox"/> Sim, como titular	
		2. <input type="checkbox"/> Sim, como dependente	
		3. <input type="checkbox"/> Não	
<i>Agora gostaria de lhe fazer perguntas sobre o seu trabalho.</i>			
A.8.	Qual é a sua situação de trabalho atual?	1. <input type="checkbox"/> Servidor público	
		2. <input type="checkbox"/> Empregado com carteira de trabalho	
		3. <input type="checkbox"/> Empregado sem carteira de trabalho	
		4. <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria	
		5. <input type="checkbox"/> Empregador	
		6. <input type="checkbox"/> Não trabalha atualmente	
Se 6: vá para A 10			
A.9.	Nos últimos 12 meses, qual foi sua principal ocupação?	_____	
Vá para A 11			
A.10.	Qual a principal razão de você não estar trabalhando atualmente?	1. <input type="checkbox"/> Dona de casa / cuidando da família	
		2. <input type="checkbox"/> Procurou, mas não conseguiu encontrar trabalho	
		3. <input type="checkbox"/> Trabalhos não remunerados	
		4. <input type="checkbox"/> Estudos / treinamento	
		5. <input type="checkbox"/> Aposentado por tempo de serviço	
		6. <input type="checkbox"/> Aposentado por doença / incapacitado para o trabalho	
		7. <input type="checkbox"/> Outro	
A.11.	Atualmente, qual a sua renda mensal? (considerar somente a renda do entrevistado)	0. <input type="checkbox"/> Não tem rendimentos	
		1. <input type="checkbox"/> R\$1,00- R\$379,00	
		2. <input type="checkbox"/> R\$380,00- R\$759,00	
		3. <input type="checkbox"/> R\$760,00-R\$1139,00	
		4. <input type="checkbox"/> R\$1140,00-R\$1999,00	
		5. <input type="checkbox"/> R\$2000,00-R\$4999,00	
		6. <input type="checkbox"/> R\$5000,00 e mais	
7. <input type="checkbox"/> Não sabe / Não informa			

<b>MÓDULO B: INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO</b>			
<b>Neste módulo, vou lhe fazer perguntas sobre o seu domicílio.</b>			
B 1.	Você <b>mora</b> em:	<input type="checkbox"/> Um domicílio particular permanente <input type="checkbox"/> Um albergue <input type="checkbox"/> Uma pensão <input type="checkbox"/> Uma república <input type="checkbox"/> Outro _____	Se 2, 3, 4 ou 5: Vá para o Módulo C
B 2.	No seu domicílio, qual é o número de <b>cômodos</b> ? São considerados cômodos, os quartos e salas do seu domicílio.	_____	
Por favor, indique quais destes bens existem no seu domicílio:			
B 3.	Televisão em cores?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 4.	Aparelho de som (radio)?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 5.	Banheiro?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 6.	Carro?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 7.	Empregada mensalista?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 8.	Máquina de lavar roupa?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 9.	Vídeo cassete ou DVD?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 10.	Geladeira?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 11.	Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 12.	Linha de telefone fixo?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 13.	Linha de telefone celular?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 14.	Computador?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 15.	Forno micro-ondas?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não
B 16.	Máquina de lavar prato?	1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	2. <input type="checkbox"/> Não

<b>Agora vamos falar sobre os moradores do seu domicílio.</b>			
B 17.	Você mora sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se 1: Vá para o Módulo C

B 18.	Quem é a <b>pessoa responsável</b> pelo seu domicílio?	<input type="checkbox"/> O próprio <input type="checkbox"/> Cônjuge ou companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Genro ou nora <input type="checkbox"/> Outro parente <input type="checkbox"/> Outra pessoa que não seja parente	Se 1: Vá para Módulo C
B 19.	Qual o grau de instrução da <b>pessoa responsável</b> pelo seu domicílio?	<input type="checkbox"/> Analfabeto / menos de um ano de instrução <input type="checkbox"/> Elementar incompleto (1ª a 3ª série) <input type="checkbox"/> Elementar completo e fundamental incompleto (4ª a 7ª série) <input type="checkbox"/> Fundamental completo e ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo e superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo ou mais	

<b>MÓDULO C: CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE</b>			
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre você como paciente e o seu tratamento.</i>			
C 1.	Quando você fez o <b>primeiro</b> teste de <b>HIV</b> com resultado <b>positivo</b> ?	_____ / _____ (mês/ano). <input type="checkbox"/> Não sabe.	
C 2.	O que <b>motivou</b> você a <b>fazer este teste</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Exame pré-operatório 2. <input type="checkbox"/> Solicitação do empregador / processo de admissão no trabalho 3. <input type="checkbox"/> Início de nova relação 4. <input type="checkbox"/> Parceiro infectado 5. <input type="checkbox"/> Presença de sintomas 6. <input type="checkbox"/> Exame de rotina 7. <input type="checkbox"/> Exposição a alguma situação de risco 8. <input type="checkbox"/> Pré-natal 9. <input type="checkbox"/> Pedido médico 10. <input type="checkbox"/> Curiosidade 11. <input type="checkbox"/> Outro (Especifique) <input type="checkbox"/> Não sabe.	
C 3.	<b>Quando</b> você acha que foi <b>infectado pelo HIV</b> ?	_____ / _____ (mês/ano). <input type="checkbox"/> Não sabe.	
C 4.	<b>Como</b> você acha que foi <b>infectado pelo HIV</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Sexo com homem 2. <input type="checkbox"/> Sexo com mulher 3. <input type="checkbox"/> Injetando drogas 4. <input type="checkbox"/> Derivados de sangue 5. <input type="checkbox"/> Outro (Especifique) <input type="checkbox"/> Não sabe.	
C 5.	Você já apresentou algum <b>problema de saúde</b> relacionado à <b>aids</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		3. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 3: Vá para C 7
C 6.	<b>Quando</b> você apresentou o primeiro <b>problema de saúde</b> relacionado à <b>aids</b> ?	_____ / _____ (mês/ano). <input type="checkbox"/> Não sabe.	
C 7.	Quando foi a <b>última vez</b> que você fez o exame de <b>contagem de CD4</b> para avaliação de tratamento?	_____ / _____ (mês/ano). <input type="checkbox"/> Não sabe.	
C 8.	Você sabe me <b>dizer</b> qual a <b>contagem de CD4</b> no último exame?	_____ cel/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Não sabe.	
C 9.	<b>Nos últimos 12 meses</b> , você fez algum exame de <b>contagem de CD4</b> em <b>laboratório privado</b> ?	_____ <input type="checkbox"/> Não sabe.	
C 10.	<b>Quando</b> você <b>começou o tratamento</b> com medicamentos para <b>aids</b> (anti-retrovirais)?	_____ / _____ (mês/ano). <input type="checkbox"/> Não sabe.	

C 11.	Você tem ou teve algum <b>efeito colateral (ou reação)</b> relacionado ao uso de medicamentos?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2: Vá para C 14		
C 12.	Você <b>tem ou teve</b> algum sinal de <b>lipodistrofia</b> (Emagrecimento no rosto e acúmulo de gordura em outras partes do corpo)?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2 ou 3: Vá para C 14		
C 13.	Você <b>fez</b> preenchimento com <b>Metacrilato</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não 3. <input type="checkbox"/> Não sabe			
C 14.	Você <b>mudou</b> alguma vez de <b>esquema</b> de tratamento com anti-retrovirais (mudou de medicamentos)?	1. <input type="checkbox"/> Sim. <b>Quantas vezes?</b> _____	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não sabe	Se 2: Vá para C 16
C 15.	<b>Se sim</b> , quais os <b>motivos</b> da <b>última mudança</b> de esquema de tratamento com anti-retrovirais? ( <b>podem ser marcadas várias opções</b> )	1. <input type="checkbox"/> Intolerância/efeito colateral/reação a algum dos medicamentos 2. <input type="checkbox"/> Lipodistrofia 3. <input type="checkbox"/> Falha no tratamento 4. <input type="checkbox"/> Simplificação ou redução no número de comprimidos (cápsulas) 5. <input type="checkbox"/> Você não conseguia seguir o tratamento recomendado 6. <input type="checkbox"/> Você pediu para mudar de esquema de tratamento 7. <input type="checkbox"/> Falta de medicamento no serviço 8. <input type="checkbox"/> Decisão médica 9. <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Não sabe			
C 16.	Qual o seu <b>esquema atual de tratamento anti-retroviral</b> ? (Escrever o nome dos medicamentos anti-retrovirais e se possível, olhar a receita médica)	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Informado pelo paciente <input type="checkbox"/> Copiado da receita médica		
C 17.	<b>Quantos comprimidos (Cápsulas) você tem que tomar por dia</b> , neste esquema?	_____	<input type="checkbox"/> Não sabe		
C 18.	Você <b>costuma tomar todos</b> os comprimidos, deste esquema, todos os dias?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		
C 19.	<b>Quantos</b> comprimidos (Cápsulas) você tomou nas <b>últimas 72 horas</b> (3 dias)?	_____			
C 20.	<b>Algum ou alguns</b> desses comprimidos <b>interferem no seu padrão alimentar</b> ? (por exemplo, têm que ser ingeridos em jejum).	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não		

<b>MÓDULO D: ESTADO DE SAÚDE</b>						
<i>As perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral.</i>						
D 1.	Em geral, como você avalia sua <b>saúde</b> atualmente?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Boa	3. <input type="checkbox"/> Moderada	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssima
D 2.	Em geral, como você avalia sua <b>capacidade para o trabalho</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Boa	3. <input type="checkbox"/> Moderada	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssima
D 3.	Em geral, como você avalia sua <b>aparência física, atualmente</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Boa	3. <input type="checkbox"/> Moderada	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssima
<i>Agora gostaria de perguntar sobre as dificuldades que você enfrenta, habitualmente. Por <b>dificuldades</b>, eu quero dizer precisar fazer mais esforço, ter mal estar ou dor, ou lentidão na maneira como você realiza suas atividades habitualmente.</i>						
D 4.	Em geral, que grau de dificuldade você tem para <b>realizar suas atividades de rotina</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
D 5.	Em geral, que grau de dificuldade você tem para <b>seguir o seu tratamento</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
D 6.	Nos últimos 30 dias, quantos dias <b>deixou de ir ao trabalho por motivo de saúde</b> , incluindo dias para consultas médicas ou hospitalizações.	_____ dias (colocar zero para nenhum dia)				5. <input type="checkbox"/> Não estava trabalhando neste período
<b>Dores no corpo</b>						
D 7.	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você teve <b>dores no corpo ou sentiu desconforto</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso

<b>Locomoção</b>						
D 8.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para se <b>locomover</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
D 9.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para <b>realizar atividades físicas</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
<b>Cuidados Pessoais</b>						
D 10.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para se <b>cuidar</b> , como se lavar ou se vestir?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
D 11.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para <b>manter uma aparência asseada e arrumada</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
<b>Relações Pessoais</b>						
D 12.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para se <b>relacionar com outras pessoas</b> ou em participar da comunidade?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
<b>Cognição</b>						
D 13.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para se <b>concentrar ou lembrar das coisas</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
D 14.	Em geral, nos últimos 30 dias, que grau de dificuldade você teve para <b>aprender uma nova tarefa</b> ? (como aprender como chegar em um lugar desconhecido, aprender um novo jogo, aprender uma nova receita)	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso

<b>Sono e Energia</b>						
D 15.	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você teve <b>problemas no sono</b> , como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou acordar muito cedo pela manhã?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
D 16.	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você teve <b>problemas por não se sentir descansado e disposto durante o dia</b> (sentindo-se cansado, sem ter energia)?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
<b>Estado de Ânimo</b>						
D 17.	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você se sentiu triste, <b>cabisbaixo(a) ou deprimido(a)</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso
D 18.	Em geral, nos últimos 30 dias, em que grau você se sentiu <b>preocupado(a) ou ansioso(a)</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nenhum	2. <input type="checkbox"/> Leve	3. <input type="checkbox"/> Moderado	4. <input type="checkbox"/> Intenso	5. <input type="checkbox"/> Muito intenso



MÓDULO F: DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE			
F 1.	Quantas vezes você consultou o médico nos últimos 12 meses?	_____ vezes	
F 2.	Qual foi o procedimento para conseguir a sua consulta de hoje?	1. <input type="checkbox"/> Veio direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta 2. <input type="checkbox"/> Agendou o atendimento previamente 3. <input type="checkbox"/> Foi encaminhado ou ajudado por equipe de saúde da família 4. <input type="checkbox"/> Foi encaminhado por outro serviço ou profissional de saúde 5. <input type="checkbox"/> Outro _____	
F 3.	Qual o tempo que você ficou em fila de espera	a. Para pegar a senha? _____h _____min b. Depois que pegou a senha até ser atendido? _____h _____min	0. <input type="checkbox"/> Nenhum Não precisou de senha 0. <input type="checkbox"/> Nenhum
F 4.	Quanto tempo você leva da sua residência até aqui?	_____ horas _____ minutos	
F 5.	Além dos anti-retrovirais, o profissional de saúde prescreveu algum medicamento?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
Se 2: vá para F 7			
F 6.	Em geral, você tem tido dificuldades em obter gratuitamente os medicamentos prescritos, que não sejam os anti-retrovirais?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
F 7.	Você acha que tem sido tratado pior do que outras pessoas nos serviços de saúde por um desses motivos?	a. Sexo (por ser homem ou mulher) 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não b. Idade (por ser muito jovem ou idoso) 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não c. Falta de dinheiro 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não d. Classe social 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não e. Cor 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não f. Preferência sexual 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não g. Tipo de doença 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não h. Outro _____	

F 8.	De um modo geral, como você avalia o <b>atendimento médico nos serviços públicos de saúde</b> , desde que você iniciou o seu tratamento para aids:						
<b>a.</b> As habilidades do médico	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>b.</b> O respeito na maneira do médico em recebê-lo e tratá-lo	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>c.</b> A clareza nas explicações do médico	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>d.</b> A disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>e.</b> A possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>f.</b> A sua participação na tomada de decisões sobre o seu tratamento	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>g.</b> A possibilidade de falar em privacidade com o médico	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	

F 9.	De um modo geral, como você avalia o <b>atendimento nos serviços públicos de saúde</b> , desde que você iniciou o seu tratamento para aids:						
<b>a.</b> A disponibilidade de medicamentos	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>d.</b> O tempo gasto com deslocamento	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>c.</b> O tempo de espera até ser atendido	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>d.</b> A forma como os atendentes lhe receberam.	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>e.</b> A maneira como as suas informações foram mantidas em sigilo	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>f.</b> A liberdade em escolher o médico	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>g.</b> A limpeza das instalações, incluindo os banheiros	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	
<b>h.</b> O espaço disponível das salas de espera e atendimento	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	9. <input type="checkbox"/> Não sabe	

F 10.	Qual o grau de <b>satisfação</b> com o atendimento médico, em geral, oferecido pelo sistema público de saúde (SUS)?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo
-------	---	---------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

F 11.	De um modo geral, qual o seu <b>grau de satisfação</b> com outros tipos de atendimentos oferecidos pelo sistema público de saúde/SUS, tais como:						
	<b>a.</b> Atendimento odontológico (dentista)?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	6. <input type="checkbox"/> Não recebe
	<b>b.</b> Atendimento psico-terápico (psicólogo ou psiquiatra)?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	6. <input type="checkbox"/> Não recebe
	<b>c.</b> Fisioterapia?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	6. <input type="checkbox"/> Não recebe
	<b>d.</b> Assistência Nutricional?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	6. <input type="checkbox"/> Não recebe
	<b>e.</b> Assistência social (serviço social)?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	6. <input type="checkbox"/> Não recebe
	<b>f.</b> Consultas médicas especializadas?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Bom	3. <input type="checkbox"/> Regular	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssimo	6. <input type="checkbox"/> Não recebe

F 12.	<b>Nos últimos 12 meses,</b> precisou ser internado em hospital por 24 horas ou mais?	1. <input type="checkbox"/> Sim, por _____ vezes	0. <input type="checkbox"/> Não	Se 0: Ir para o Módulo G
F 13.	Nos últimos 12 meses, <b>quantos dias</b> você ficou internado (incluindo todas as internações ocorridas neste período)?	_____ dias	8. <input type="checkbox"/> Não sabe	
F 14.	Quanto <b>tempo</b> ficou internado na última vez?	_____ meses _____ dias		

F 15.	Na sua <b>última internação</b> , você enfrentou alguma destas <b>dificuldades</b> ?	<b>a.</b> Esperou muito para conseguir a internação	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		<b>b.</b> Não havia hospital especializado	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		<b>c.</b> As habilidades dos profissionais de saúde eram inadequadas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		<b>d.</b> Teve que ir para outra cidade, pois não havia hospital onde morava	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		<b>e.</b> Teve que procurar mais de um estabelecimento de saúde até conseguir a internação	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		<b>f.</b> Precisou ser transferido	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		<b>g.</b> O plano de saúde não cobria o procedimento	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		<b>h.</b> Não podia pagar pela internação	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		<b>i.</b> Não podia pagar pelos exames, medicamentos, etc	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
		<b>j.</b> Foi mal recebido ou lhe faltaram com respeito	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
			<b>k.</b> Outro	
F 16.	Quanto <b>tempo</b> esperou para ser <b>internado</b> , desde a hora que foi solicitada a internação?	_____ meses _____ dias _____ horas <input type="checkbox"/> Não sabe		
F 17.	O estabelecimento de saúde era:	1. <input type="checkbox"/> Público	2. <input type="checkbox"/> Privado	8. <input type="checkbox"/> Não sabe
F 18.	<b>Pagou</b> pela internação?	1. <input type="checkbox"/> Pagou diretamente, sem reembolso, pois o estabelecimento era privado		
		2. <input type="checkbox"/> Pagou e teve reembolso (parcial ou total) através do plano de saúde		
		3. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois o plano de saúde cobria a internação		
		4. <input type="checkbox"/> Não pagou, pois utilizou um estabelecimento do SUS		

<b>MÓDULO G: QUALIDADE DE VIDA</b>						
<b>As perguntas deste módulo são sobre sua qualidade de vida, em geral.</b>						
G 1.	Em geral, como você avalia sua <b>qualidade de vida</b> atualmente?	1. <input type="checkbox"/> Excelente	2. <input type="checkbox"/> Boa	3. <input type="checkbox"/> Moderada	4. <input type="checkbox"/> Ruim	5. <input type="checkbox"/> Péssima
G 2.	Em geral, o quanto você se sente <b>sozinho na vida</b> ?	1. <input type="checkbox"/> Nada	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Mais ou menos	4. <input type="checkbox"/> Muito	5. <input type="checkbox"/> Completamente
G 3a.	Em geral, o quanto você está <b>satisfeito</b> com suas amizades?	1. <input type="checkbox"/> Nada	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Mais ou menos	4. <input type="checkbox"/> Muito	5. <input type="checkbox"/> Completamente
G 3b.	Em geral, o quanto você está <b>satisfeito</b> com suas relações com outros parentes?	1. <input type="checkbox"/> Nada	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Mais ou menos	4. <input type="checkbox"/> Muito	5. <input type="checkbox"/> Completamente
G 4.	Em geral, o quanto você <b>conta com sua família</b> quando precisa?	1. <input type="checkbox"/> Nada	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Mais ou menos	4. <input type="checkbox"/> Muito	5. <input type="checkbox"/> Completamente
G 5.	Em geral, o quanto você <b>conta com seus amigos</b> quando precisa?	1. <input type="checkbox"/> Nada	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Mais ou menos	4. <input type="checkbox"/> Muito	5. <input type="checkbox"/> Completamente
G 6.	O seu parceiro fixo sabe que você está infectado pelo HIV?	1. <input type="checkbox"/> Sim				
		2. <input type="checkbox"/> Não				
		3. <input type="checkbox"/> Não tenho parceiro fixo				
G 7.	Alguém da sua família sabe que você está infectado pelo HIV?	1. <input type="checkbox"/> Sim				
		2. <input type="checkbox"/> Não				
G 8.	Você tem algum amigo que sabe que você está infectado pelo HIV?	1. <input type="checkbox"/> Sim				
		2. <input type="checkbox"/> Não				
G 9.	Em geral, o quanto você está satisfeito com a sua vida sexual?	1. <input type="checkbox"/> Nada	2. <input type="checkbox"/> Pouco	3. <input type="checkbox"/> Mais ou menos	4. <input type="checkbox"/> Muito	5. <input type="checkbox"/> Completamente

G 10.	<p>Quais os <b>benefícios do governo</b> que lhe aconteceram <b>relacionados</b> à infecção pelo <b>HIV</b>?</p> <p>(podem ser marcadas várias opções)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Auxílio doença</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Aposentadoria por invalidez</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Amparo Assistencial ao Portador de Deficiência (LOAS)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Passe livre para transporte (isenção tarifária)</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Outro _____</p>
G 11.	<p>Quais destes <b>problemas</b> lhe aconteceram <b>relacionados</b> à infecção <b>HIV/AIDS</b>?</p> <p>(podem ser marcadas várias opções)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Perda de emprego</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Mudança de posto no trabalho</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Piora na situação financeira</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Mudança de local de moradia</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Discriminação por parte da comunidade em que vive</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Discriminação por parte dos amigos</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Discriminação por parte da família</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Falta de apoio da família</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Falta de apoio dos amigos</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Falta de apoio do cônjuge</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Separação conjugal</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Abandono dos estudos</p> <p>13. <input type="checkbox"/> Piora na aparência física</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Perda de independência</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Outro _____</p>
G 12.	<p>Quais as mudanças positivas que lhe aconteceram <b>relacionadas</b> à infecção <b>HIV/AIDS</b>?</p> <p>(podem ser marcadas várias opções)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Maior apoio social</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Melhor atendimento nos serviços de saúde</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Engajamento em movimentos sociais</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Se sentiu especial</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Outro _____</p>

## ANEXO B: Roteiro do grupo focal aplicado na unidade de saúde

**Perfil sociodemográfico:**

Preenchido pelo entrevistador:

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Preenchido pelo entrevistado:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_ Município/Bairro de moradia: \_\_\_\_\_

Prática Religiosa: \_\_\_\_\_ Orientação Sexual: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Cor/Raça: \_\_\_\_\_

Plano de Saúde: Sim ( ) Não ( )

Participante de ONG (nome): \_\_\_\_\_

Situação de trabalho (empregado, desempregado ou emprego informal):  
\_\_\_\_\_**Roteiro:**

- **O impacto do diagnóstico no trabalho e o acesso às informações sobre os direitos**

Explorar a relação de diagnóstico, trabalho e direitos por meio dos tópicos:

**Inserção no mercado de trabalho:** inserção no mercado de trabalho após o diagnóstico; motivação para fazer o teste; recebimento de alguma informação sobre os direitos no momento do diagnóstico; procura por informações sobre os direitos relacionados a HIV/aids após o diagnóstico.

**Experiências discriminatórias antes e depois do diagnóstico:** saber quais foram as experiências discriminatórias após o diagnóstico; averiguar se houve experiências relacionadas com outros tipos de estigma e discriminação (classe social, renda, cor, escolaridade e orientação sexual); entender se passaram pela discriminação na família, entre os amigos e/ou vizinhos, em função da sorologia; saber se houve a revelação do diagnóstico para os colegas de trabalho; além de indagar qual a principal situação de discriminação relacionada às PVHA.

- **O trabalho como lugar de pensamentos estigmatizantes e de atitudes discriminatórias**

Explorar, na fala dos entrevistados, o impacto do estigma e da discriminação no ambiente de trabalho nos seguintes pontos:

**As experiências no local de trabalho:** identificar se as empresas fornecem programas de prevenção em HIV/aids; perceber se as empresas discutem a discriminação de PVHA e/ou de outros grupos; entender as formas de discriminação dos empregadores e colegas de trabalho; saber se houve experiências de discriminação em processos seletivos; descobrir as atitudes de cada um diante da discriminação.

**Os processos relacionados à discriminação:** verificar se as PVHA se sentiram motivadas em processar as pessoas ou empresas que as discriminaram; descobrir se a discriminação foi direta ou indireta (realizada por uma pessoa ou pressão do RH); saber, no caso daqueles que processaram, como chegaram aos advogados ou assessoria jurídica de uma ONG e qual foi o desfecho do processo; e entender os motivos daqueles que não quiseram abrir um processo em função da experiência discriminatória.

- **O acesso aos benefícios pelo entendimento e uso das leis brasileiras**

Investigar se os entrevistados possuem o entendimento das leis de proteção contra a discriminação, como os benefícios que são garantidos por lei para essa população:

**Leis relacionadas a HIV/aids:** averiguar se os entrevistados sabem da existência de leis, portarias e decretos que protegem as PVHA no Brasil; saber como os entrevistados tiveram acesso a esses mecanismos; questionar sobre a nova lei de proteção contra a discriminação, garantindo a permanência no trabalho; e indagar qual a pior violação de direitos para as PVHA.

**O acesso aos benefícios:** verificar se os entrevistados já receberam algum benefício do governo; saber quais foram os benefícios; entender por que receberam o(s) benefício(s) e se voltaram a trabalhar depois do término do recebimento; descobrir se tentaram se aposentar por invalidez pelo INSS; e investigar se já usaram o diagnóstico para receber alguma vantagem.

## ANEXO C: Roteiros das entrevistas semiestruturadas para os profissionais de saúde e ativistas

### **Roteiro da entrevista semiestruturada - assistentes sociais:**

- 1 - Conte a sua trajetória profissional.
- 2 - Quando você começou a trabalhar nessa unidade de saúde?
- 3 - Antes, você já trabalhava com as PVHA?
- 4 - Como é a sua relação com os pacientes soropositivos nessa unidade de saúde?
- 5 - Quais são as atividades realizadas nessa unidade de saúde pelo Serviço Social?
- 6 - Quando começou o “grupo de convivência” e o “bate-papo sobre sexo” nessa unidade de saúde?
- 7 - Como as PVHA interagem nesses grupos?
- 8 - Elas relatam as experiências de discriminação? Quais? Em quais contextos? Quando relatam?
- 9 - Quais são as queixas referentes ao emprego? Há relatos de discriminação?
- 10 - Há relatos de dificuldade em conseguir emprego?
- 11 - As PVHA procuram saber sobre os seus direitos? Perguntam para você sobre isso? Qual é a sua postura, quando perguntam?
- 12 - Elas tentam tirar dúvidas sobre a legislação brasileira com você? Qual o motivo das dúvidas?
- 13 - Há encaminhamento daqueles que têm dúvidas sobre os direitos ou que pretendem abrir processos?
- 14 - Para você, como as assistentes sociais ajudam as PVHA na busca pelos seus direitos?
- 15 - Para você, as PVHA têm noção sobre os seus direitos?
- 16 - Há planos para melhorar o acesso à informação para as PVHA nessa unidade de saúde?



**Roteiro da entrevista semiestruturada - infectologista:**

- 1 - Conte a sua trajetória profissional. Como foi a escolha pela infectologia?
- 2 - Quando você começou a trabalhar nessa unidade de saúde?
- 3 - Antes, você já trabalhava com as PVHA?
- 4 - Como é a sua relação com os pacientes soropositivos nessa unidade de saúde?
- 5 - Por que decidiu participar do “grupo de convivência”? Por que a ênfase na adesão ao tratamento, na sua fala no “grupo de convivência”?
- 6 - As PVHA relatam experiências de discriminação durante a consulta? Quais? Em quais contextos? Quando relatam?
- 7 - Quais são as queixas referentes ao emprego? Há relatos de discriminação?
- 8 - Há relatos de dificuldade em conseguir emprego?
- 9 - As PVHA procuram saber sobre os seus direitos? Perguntam para você sobre isso? Qual é a sua postura, quando perguntam?
- 10 - Para você, as PVHA possuem noção sobre os seus direitos?
- 11 - O que poderia ser feito para melhorar o acesso à informação para as PVHA nessa unidade de saúde?

### **Roteiro da entrevista semiestruturada - Ativista 1**

- 1 - Como foi a sua inserção no Grupo Pela Vidda Niterói? O que motivou a sua participação nessa ONG?
- 2 - Quando, como e por que começou o funcionamento da Assessoria Jurídica nessa ONG?
- 3 - Como se dá o atendimento?
- 4 - Quais são as queixas mais significativas das PVHA? Têm relação com o emprego?
- 5 - Quando essa ONG começou a participar do projeto “Brasil sem discriminação”? Como foi a participação?
- 6 - Como foram desenvolvidas as cartilhas desse projeto?
- 7 - O curso de Capacitação em Direitos Humanos faz parte do projeto “Brasil sem discriminação”?
- 8 - Qual o conteúdo do curso? Como a discriminação e os direitos das PVHA são abordados?
- 9 - Como se dá o acesso à informação sobre os direitos das PVHA nessa ONG?
- 10 - Antes de acessar essa ONG, as PVHA tinham noção sobre os seus direitos?
- 11 - Você está participando de comissões em algum Ministério referente a HIV/aids e trabalho? Qual(ais) e como está sendo esse processo?
- 12 - Por que foi criada a “Sociometria do trabalho e previdência social”?
- 13 - Já está em vigor o comitê “Igualdade de Oportunidades no Mercado de Trabalho”? Esse comitê é só para discutir as questões de trabalho para as PVHA?
- 14 - Você está envolvido com outras instituições? E o Fórum de ONGs Aids?
- 15 - O que motivou a criação da Articulação Nacional de Saúde e Direitos Humanos (ANSDH)? Que instituições participam da ANSDH? Quais são as atividades desenvolvidas pela ANSDH?
- 16 - Quais são os seus planos para o futuro como ativista?

## **Roteiro da entrevista semiestruturada - Ativista 2**

- 1 - Como foi a sua inserção no Grupo Pela Vidda Niterói? O que motivou a sua participação nessa ONG?
- 2 - Quando, como e por que começou o funcionamento da Assessoria Jurídica nessa ONG?
- 3 - Como se dá o atendimento?
- 4 - Você tem ajuda para montar os processos e no atendimento jurídico?
- 5 - Quais são as queixas mais relevantes das PVHA? Têm relação com o emprego?
- 6 - Em relação aos processos, em quais casos a discriminação é o motivo para a abertura?
- 7 - Quando essa ONG começou a participar do projeto “Brasil sem discriminação”?
- 8 - Como foram desenvolvidas as cartilhas desse projeto?
- 9 - O curso de Capacitação em Direitos Humanos faz parte do projeto “Brasil sem discriminação”?
- 10 - Qual o conteúdo do curso? Como a discriminação e os direitos das PVHA são abordados?
- 11 - Como se dá o acesso à informação sobre os direitos das PVHA nessa ONG?
- 12 - Antes de acessar essa ONG, as PVHA tinham noção sobre os seus direitos?
- 13 - Você está participando de comissões em algum Ministério referente a HIV/aids e trabalho? Qual(ais)? Como está sendo esse processo?
- 14 - Você vai participar do comitê “Igualdade de Oportunidades no Mercado de Trabalho”?
- 15 - Você participa de outras atividades fora do Grupo Pela Vidda Niterói quando é convidada? Quais?
- 16 - Você tem planos para melhorar a Assessoria Jurídica dessa ONG?

## ANEXO D: Modelos dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs)

**TCLE Grupo Focal**

Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
 (de acordo com as Normas da Resolução CNS/Conep 466/2012)

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: **A violação dos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil: Análise da discriminação no universo do trabalho**. A pesquisa objetiva entender qual o tipo e nível de acesso às informações sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV/aids no ambiente do trabalho. Além disso, a pesquisa pretende investigar se as pessoas vivendo com HIV/aids passaram ou passam por situações discriminatórias nas empresas e se o diagnóstico positivo interferiu em algum processo seletivo relacionado ao trabalho. A participação requerida consiste em conceder entrevista em grupo com outras pessoas que vivem com HIV/aids.

Sua participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, ou solicitar que determinadas falas não sejam divulgadas. Caso haja algum constrangimento em determinada pergunta, você poderá se negar a respondê-la. Sua participação não trará nenhum prejuízo em sua relação com seus empregadores, advogados ou profissionais de saúde. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Quer dizer, os resultados serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos sem a sua identificação. O único risco que você poderá ter ao participar da pesquisa é ter perturbações emocionais uma vez que as questões abordadas podem lhe suscitar lembranças de experiências negativas na sua história de vida. Caso isso aconteça, por favor, nos avise que providenciaremos apoio de assistente social.

O benefício da sua participação é contribuir para o debate nacional sobre as situações de discriminação das pessoas vivendo com HIV/aids no trabalho, expor as principais violações e indicar como se dá o acesso às informações sobre os direitos dessa população. Dessa forma, pretendemos produzir subsídios para o planejamento e estratégias e intervenções para minimizar os efeitos da discriminação das pessoas vivendo com HIV/aids no ambiente de trabalho no Brasil.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação (agora ou a qualquer momento).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_  
 (assinatura do participante)

\_\_\_\_\_  
 (assinatura da pesquisadora)

**Pesquisadora responsável: Carla Rocha Pereira**

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT

Av. Brasil, 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro

Laboratório de Informação em Saúde, Pavilhão Haity Moussatché, sala 221. CEP: 21040-360

E-mail: carlaperei@gmail.com E-mail orientadora:

celials@icict.fiocruz.br Telefone para contato: 3865-3259

**Comitê de Ética em Pesquisa:**

**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz**

Av. Brasil, 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro.

Telefone da escola: 3865-9797

**Comitê de Ética em Pesquisa:**

**Secretaria Municipal de Saúde**

Rua: Evaristo da Veiga, 16 – Sobreloja, Centro.

CEP - 20031-040

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Telefone: 2215-1485

## TCLE Entrevista Semiestruturadas



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
 Fundação Oswaldo Cruz  
 Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(de acordo com as Normas da Resolução CNS/Conep 466/2012)

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: **A violação dos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil: Análise da discriminação no universo do trabalho**. A pesquisa objetiva entender qual o tipo e nível de acesso às informações sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV/aids no ambiente do trabalho. Além disso, a pesquisa pretende investigar se as pessoas vivendo com HIV/aids passaram ou passam por situações discriminatórias nas empresas e se o diagnóstico positivo interferiu em algum processo seletivo relacionado ao trabalho. A participação requerida consiste em conceder entrevista individual gravada com a pesquisadora principal.

Sua participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, ou solicitar que determinadas falas não sejam divulgadas. Sua participação não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pessoas que lhe procuraram para falar sobre os seus problemas. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Quer dizer, os resultados serão divulgados em apresentações ou publicações com fins científicos ou educativos sem a sua identificação. O benefício da sua participação é contribuir para o debate nacional sobre as situações de discriminação das pessoas vivendo com HIV/aids no trabalho, expor as principais violações e indicar como se dá o acesso às informações sobre os direitos dessa população. Dessa forma, pretendemos produzir subsídios para o planejamento e estratégias e intervenções para minimizar os efeitos da discriminação das pessoas vivendo com HIV/aids no ambiente de trabalho no Brasil.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação (agora ou a qualquer momento).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_  
 (assinatura do participante)

\_\_\_\_\_  
 (assinatura da pesquisadora)

#### **Pesquisadora responsável: Carla Rocha Pereira**

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICICT  
 Av. Brasil, 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21040-360  
 Laboratório de Informação em Saúde, Pavilhão Haity Moussatché, sala 221  
 E-mail: carlaperei@gmail.com      E-mail orientadora: celials@icict.fiocruz.br  
 Telefone para contato: 3865-3259

#### **Comitê de Ética em Pesquisa:**

**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz**  
 Av. Brasil, 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro.  
 CEP: 21040-360  
 Telefone da escola: 3865-9797

#### **Comitê de Ética em Pesquisa:**

##### **Secretaria Municipal de Saúde**

Rua: Evaristo da Veiga, 16 – Sobreloja, Centro.  
 CEP - 20031-040

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br  
 Telefone: 2215-1485