

Plano Integrado de ENFRENTAMENTO da
FEMINIZAÇÃO da Epidemia de Aids e outras
DST

Versão Revisada

Julho de 2009

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
POLÍTICAS INTERSETORIAIS: documentos norteadores.....	5
TRAJETÓRIA DE REVISÃO DO PLANO INTEGRADO.....	8
1. Oficinas regionais.....	9
2. Grupo de trabalho intersetorial.....	10
3. Encontros com redes sociais-elaboração de agendas afirmativas	10
4. Panorama: agendas afirmativas.....	11
FEMINIZAÇÃO DA AIDS E OUTRAS DST: DESAFIOS NO BRASIL E NO MUNDO	14
As DST no contexto da feminização da aids.....	19
ENFRENTAMENTO À FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA: SUPERAÇÃO DOS CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE	22
1. Violência doméstica e sexual	23
2. Estigma e violação de direitos humanos.....	26
3. Não reconhecimento dos direitos das adolescentes e jovens	27
4. Racismo e desigualdades étnicas e raciais	31
5. Pobreza e outras desigualdades socioeconômicas	32
6. Uso de álcool e outras drogas.....	34
PLANO INTEGRADO: DOS PRINCÍPIOS ÀS METAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS.....	36
1. Princípios.....	37
2. Objetivo	37
3. Diretrizes	37
4. Ações estratégicas	39
AGENDAS AFIRMATIVAS.....	44
1. Mulheres vivendo com o HIV/aids.....	44
2. Mulheres prostitutas	47
3. Mulheres que vivenciam a transexualidade	52
4. Mulheres lésbicas, bissexuais e MSM (mulheres que fazem sexo com mulheres)	55
MARCOS NORTEADORES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS PARA AS MULHERES	58
REFERÊNCIAS.....	60
ANEXO: METAS.....	63

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST e Aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher, apresentam às instituições que atuam no campo dos direitos humanos, (direitos) sexuais e (direitos) reprodutivos das mulheres brasileiras o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST. A execução do Plano contou com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM).

Esta edição revisada é resultado de um diálogo aberto entre governo e sociedade civil, em diferentes instâncias. Concretiza-se, assim, a parceria que reúne esforços para a articulação intersetorial e participação da sociedade civil e que tem como elemento fundamental o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis.

O estabelecimento de novas parcerias e espaços institucionais visa, sobretudo, a reafirmar que a incorporação da perspectiva de gênero e a garantia dos direitos humanos são condições fundamentais para a redução das vulnerabilidades e para prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/aids.

Nos últimos anos, o principal aprendizado para o enfrentamento da epidemia foi o de que se deve considerar os componentes econômicos, socioculturais, raciais e étnicos que estruturam as desigualdade sociais. A violência doméstica e sexual contra mulheres e meninas, bem como a discriminação e o preconceito relacionados à lesbianidade, bissexualidade feminina e transexualidade são agravantes na desigualdade entre homens e mulheres.

O Plano norteia a implantação e a implementação de ações de promoção à saúde e aos direitos, da área sexual e reprodutiva, em nível federal, estadual e municipal. Para tanto, estabeleceram-se estratégias intersetoriais que visam a ampliar o acesso aos insumos e às

ações de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e da aids para mulheres das diferentes regiões de nosso país.

O cumprimento do Plano está associado a uma agenda destinada à ampliação do diálogo e à estruturação de ações, nos âmbitos estaduais e municipais. O êxito das ações e a consolidação do Plano dependem do compromisso de gestores e profissionais de saúde e da participação ativa da comunidade para que as diferentes necessidades das mulheres sejam contempladas nos planejamentos locais.

Esperamos que este Plano siga sendo mais um instrumento na luta pela conquista da igualdade e da cidadania plena das mulheres brasileiras.

Ministério da Saúde

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

POLÍTICAS INTERSETORIAIS: documentos norteadores

Tomando como referência os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, conforme foram propostos nas Conferências de Cairo (1994), Beijing (1995), na I e II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2004 e 2007), as estratégias do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST devem contemplar as mulheres em suas especificidades¹: gestantes; mulheres vivendo com HIV e aids; adolescentes e jovens; lésbicas; bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres; transexuais; negras; indígenas; mulheres em situação de prisão; prostitutas; trabalhadoras do campo e da cidade, da casa; mulheres em situação de violência sexual e doméstica; mulheres com deficiência; ciganas; quilombolas; mulheres em comunidades tradicionais, favelas, periferias; mulheres usuárias de drogas; mulheres em situação de rua; mulheres no climatério; mulheres idosas e outras.

Tendo ainda como base os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS –, que determinam o acesso universal, integral, descentralizado e equânime à prevenção e à assistência em saúde, as ações deste Plano devem contemplar as diferentes necessidades de saúde das mulheres e suas formas de expressão, o acesso aos serviços de saúde qualificados para a identificação das vulnerabilidades, para a atenção à saúde sexual e reprodutiva, para o acolhimento de demandas em direitos humanos, educação e promoção em saúde, assistência social, e para proteção em situações de violência.

A implantação e a implementação das ações propostas neste Plano dependem da mobilização dos diferentes atores governamentais e não governamentais, envolvidos nos programas, ações e projetos a serem desenvolvidos e devem contemplar as diferentes especificidades regionais e culturais. Para tanto, devem ser trabalhadas atividades de planejamento no âmbito local, com a participação dos vários setores que atuam no campo dos direitos das mulheres.

¹ Importante que, em cada estado, município, comunidade, sejam mapeadas as especificidades das mulheres para as quais as ações serão priorizadas. Não é possível esgotar as especificidades, mas é necessário considerá-las inseridas nos diferentes contextos familiares, sociais e culturais.

O Plano consolida o compromisso que vem sendo assumido historicamente pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Departamento de DST e Aids, em conjunto com outras áreas técnicas², e pelos demais parceiros governamentais e não governamentais, que trabalham para afirmar e efetivar os direitos assegurados às mulheres, nos tratados internacionais e na legislação brasileira, e implementar políticas para a redução das desigualdades em nosso país. A integração entre essas diferentes áreas será capaz de promover respostas efetivas que contemplem a sustentabilidade, a descentralização e a atenção integral às mulheres.

As desigualdades entre os gêneros estruturam diferentes graus de discriminação das mulheres, excluindo-as da participação em dimensões fundamentais da vida em sociedade e restringindo sua liberdade no exercício pleno dos seus direitos fundamentais. No mundo, há cada vez mais consenso que mulheres com saúde, escolaridade e autonomia incidem positivamente na produtividade econômica, na educação das gerações futuras e na construção de uma cultura de paz.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 representou um marco político, institucional e jurídico que consagrou o preceito da igualdade entre homens e mulheres. Nesse processo de revisão constitucional, a atuação do movimento feminista e de mulheres, conhecido como o “lobby do batom”, foi fundamental para a ruptura com os princípios herdados de uma sociedade patriarcal e patrimonialista.

A criação, em 2003, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República (SPM/PR), foi um outro marco político. Com a finalidade de “assessorar, direta e imediatamente, o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres” e “elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e demais esferas de governo, com vistas à promoção da igualdade”, a SPM tem importante papel de articulador das políticas do Governo Federal voltadas para as mulheres.

E foi com esse espírito que o Governo Federal e o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) convocaram e realizaram a I e II Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, em 2004 e 2007, respectivamente. Delas resultaram dois Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM): o primeiro, com vigência entre 2004-2007, e o segundo

² Além da Área Técnica de Saúde da Mulher e do Departamento de DST e Aids, estão comprometidos com o Plano a Área Técnica de Pessoas com Deficiência, a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, o Programa Nacional de Hepatites Virais, a Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário e o Departamento de Atenção Básica.

que prevê 394 ações em 11 eixos de atuação a serem desenvolvidas no período de 2008 a 2011. O II PNPM vem sendo coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e é um documento estratégico para todo o Governo Federal, com impactos estaduais e municipais.

No II PNPM, as ações de enfrentamento à feminização da epidemia de aids e outras DST estão colocadas nos eixos de saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos e no enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres. Essas ações têm como eixo de referência a mobilização da sociedade em relação aos direitos políticos, sociais, econômicos e reprodutivos das mulheres, e sua aplicação compreende a articulação com estados, municípios e sociedade civil. A SPM e o Ministério da Saúde atuam no sentido de reduzir as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV/aids, bem como instituir e fortalecer medidas e ações de enfrentamento à violência contra as mulheres, nas suas diferentes manifestações e expressões.

As ações de implantação e implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST devem, portanto, partir da integralidade e intersetorialidade para a efetiva prevenção e controle das epidemias entre as mulheres e promoção de sua saúde.

TRAJETÓRIA DE REVISÃO DO PLANO INTEGRADO

O Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST foi lançado, em março de 2007, pelo Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, em comemoração ao Dia Internacional da Mulher - 8 de março. Representa a consolidação da política intra e intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids, e a prevenção e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres. A construção de uma resposta integrada, conforme está expressa neste documento, baseia-se no reconhecimento da importância da participação ampliada dos diferentes atores sociais que constroem cotidianamente a resposta ao HIV/aids no Brasil. É, também, um importante marco histórico de fortalecimento da atuação no campo dos direitos humanos das mulheres, da promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos.

Esta edição, revisada e reeditada em 2009, conjuga esforços coletivos de debate e construção participativa ao longo de 2007 e 2008 e pretende contribuir efetivamente para a alteração dos contextos de vulnerabilidade que tornam as mulheres mais susceptíveis à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis e ao adoecimento.

A trajetória de debate e implementação deste Plano de enfrentamento da feminização da epidemia, desde a sua edição de lançamento, reforçou a noção de que os esforços devem-se concentrar na intervenção direta nos fatores de ordem sociopolítica, individual e programática, que implicam na limitação de acesso à informação, aos serviços, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico da infecção, ao tratamento e ao apoio às pessoas. Essas limitações, somadas aos aspectos socioculturais relacionados às desigualdades de gênero, são os principais desafios para a efetiva implementação do Plano.

Este Plano tem como marco os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e se estrutura a partir das iniciativas históricas de organismos governamentais e movimentos sociais em todas as regiões do país.

O cenário atual demonstra que o enfrentamento à feminização da epidemia de aids e outras DST deve incluir a análise e o acompanhamento adequado de todas as variáveis e fatores a ela associados. Portanto, uma resposta intra e intersetorial e de mobilização comunitária exigem um forte compromisso das várias áreas do setor saúde, integrado aos demais setores, em especial de políticas para mulheres e uma ação contínua e permanente de controle social.

1 . O f i c i n a s r e g i o n a i s

A principal estratégia para a implementação deste Plano foi a realização de oficinas regionais com a participação de representantes de governo, de movimentos sociais, universidades, organismos internacionais e outros parceiros de todos os Estados, entre agosto de 2007 e abril de 2008. O principal objetivo das oficinas era desencadear o processo de construção coletiva dos Plano Estaduais de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de HIV/Aids e outras DST, tendo como referência o Plano Nacional.

Em cada uma das oficinas regionais³, os estados participantes elaboraram uma matriz de planejamento que daria origem aos Planos Estaduais Integrados de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Cada estado instituiu um grupo de trabalho para elaboração e acompanhamento da implementação do Plano. Esses grupos eram formados por representantes governamentais de vários setores, especialmente saúde e políticas para as mulheres, e por representantes da sociedade civil, universidades e outros parceiros, variando a composição de estado para estado.

“Enriquecedora a participação em relação às discussões e troca de experiências. É de extrema importância a participação de representantes municipais, instituições governamentais e não governamentais para a construção de um plano real e fiel à realidade de cada estado”

(participante das Oficinas Regionais)

³ Foram realizadas seis oficinas regionais (chamadas de “macrorregionais”), entre agosto de 2007 e abril de 2008, mobilizando, no total, uma média de 850 participantes.

Durante o Congresso Brasileiro de Prevenção, em Florianópolis, de 26 a 30 de junho de 2008, realizou-se um fórum ampliado de debates sobre o Plano (apresentado em sua 2ª edição) e uma oficina em que estiveram presentes participantes das oficinas regionais e outros parceiros governamentais e não governamentais interessados em aderir e se integrar às ações propostas para implementação do Plano em âmbito local.

2 . G r u p o d e t r a b a l h o i n t e r s e t o r i a l

Para a implementação das ações previstas no Plano Nacional, foi constituído um Grupo de Trabalho Intersetorial formado por representantes do Ministério da Saúde (Departamento de DST e Aids, Área Técnica de Saúde da Mulher, Programa Nacional de Hepatites Virais, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário, Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Departamento de Atenção Básica), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. Esse grupo reúne-se periodicamente e tem como objetivos desenvolver estratégias para o enfrentamento da epidemia de aids e outras DST em mulheres, acompanhar as ações do Plano em âmbito nacional e apoiar os estados na implementação de suas ações.

3 . E n c o n t r o s c o m r e d e s s o c i a i s - e l a b o r a ç ã o d e a g e n d a s a f i r m a t i v a s

A partir da discussão sobre as especificidades de alguns segmentos de mulheres (relevância, prevalência, invisibilidade), foi aberto um diálogo entre o governo e a sociedade civil. Representantes desses segmentos reafirmaram a necessidade da construção de Agendas Afirmativas que possam contribuir para a promoção da equidade de gênero, reconhecimento das diversidades e dos contextos de vulnerabilidade de: (1) mulheres, adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids, (2) prostitutas (3) mulheres que vivenciam a transexualidade e (4) lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com outras mulheres.

Para a consolidação desse processo, houve, a partir de 2007, diferentes momentos de discussão para uma análise participativa dos vários contextos de vulnerabilidade e a elaboração de um conjunto de recomendações específicas – agenda afirmativa - que integram o presente documento.

4 . P a n o r a m a : a g e n d a s a f i r m a t i v a s

Mulheres Adultas, Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids - No Brasil, o acesso universal ao tratamento, que se iniciou em 1996, tem resultado no aumento da sobrevivência e na diminuição das internações relacionadas à aids. Entretanto, muitos são os desafios para que as múltiplas vulnerabilidades sejam superadas e para que ações em prevenção positHIVa⁴ atendam integralmente às diferentes necessidades das mulheres que vivem com HIV/aids. Nesse sentido, o Plano também prioriza ações estratégicas de prevenção, participação social, protagonismo e melhoria da qualidade de vida para as mulheres que vivem com HIV/aids. Questões como direitos reprodutivos, direitos sociais, e a qualificação dos serviços para uma intervenção mais adequada às suas necessidades e especificidades são objeto de recomendações da Agenda Afirmativa, elaborada por mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids, com a participação do governo e das agências de cooperação internacional.

Prostitutas⁵ – Em 2002, a ocupação “profissional do sexo” foi incluída na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério de Trabalho e Renda. Contudo, ainda que haja essa conquista, as violações de direitos no exercício da profissão seguem sendo um dos principais desafios no que se refere à vulnerabilidade das mulheres prostitutas e requerem ações integradas e intersetoriais para seu enfrentamento e superação. Estudos realizados evidenciam que o uso de preservativos por parte das prostitutas é reduzido quando se trata de relações estáveis, sobretudo com parceiros não clientes (namorados, maridos, companheiros). O estigma prevalece como elemento fundamental e se materializa nos serviços de saúde, criando obstáculos para a oferta de atenção integral e de qualidade. A agenda afirmativa das prostitutas reforça a importância da inclusão desse segmento na formulação de estratégias, políticas de enfrentamento e superação dos desafios e fatores de vulnerabilidades.

4 A “Prevenção PositHIVa” compreende um campo de ação focado nas necessidades das pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA), e que se estrutura a partir da incorporação dos aspectos relativos às dimensões do viver com HIV/aids, para, a partir desses paradigmas, estabelecer estratégias de prevenção primária e secundária, assistência e direitos humanos. Também apresenta-se como uma estratégia de fortalecimento do protagonismo das ações das PVHA e da integralidade na atenção, identificando e propondo ações para reduzir as distintas vulnerabilidades relacionadas ao viver com HIV/aids. (BRASIL, Prevenção PositHIVa: Plano estratégico 2007/2008 - SVS/PN-/DST/Aids; PAIVA, V., 2007)

5 A agenda afirmativa das prostitutas também inclui as ações dirigidas às mulheres que vivenciam a transexualidade - aquelas que se identificam como mulheres, embora tenham nascido com órgãos genitais masculinos (pênis, testículos e próstata), e exercem a prostituição.

Mulheres que Vivenciam a Transexualidade⁶ – A agenda afirmativa das mulheres que vivenciam a transexualidade parte da proposição política de que esse grupo social está inserido no campo de políticas públicas destinadas às mulheres. Tem como objetivo promover o reconhecimento da vivência da transexualidade, na perspectiva de gênero e de direitos sexuais e, para tal, recomenda a inserção de suas temáticas específicas no âmbito das ações e políticas – em esfera nacional, estadual e municipal - voltadas à promoção dos direitos e da saúde da mulher. Reforça a importância da ação política no âmbito jurídico e destaca o valor da produção de conhecimentos clínicos e sociais sobre a transexualidade, seus aspectos subjetivos e biológico-fisiológicos. Essa agenda indica, também, a necessidade de políticas, serviços, ações e programas de atenção à saúde que contemplem as especificidades das mulheres vivenciando a transexualidade.

Lésbicas, Mulheres Bissexuais e Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres (MSM) – Em termos sociais e culturais, a sexualidade das mulheres é invisibilizada e, em geral, baseia-se em padrões heterossexuais e reprodutivos. A vulnerabilidade ao HIV e às DST das mulheres lésbicas, das que fazem sexo com mulheres e das bissexuais está assentada na invisibilidade, no preconceito e na discriminação em relação à lesbiandade e em suas implicações no que se refere às políticas públicas, aos serviços e práticas de promoção e atenção à saúde e à prevenção de doenças e agravos. A agenda afirmativa dessas mulheres propõe a produção de conhecimentos clínicos, sociais e epidemiológicos, a pesquisa sobre novos insumos e metodologias de prevenção, bem como a formação inicial e continuada de profissionais para a oferta de atenção integral e equânime nos serviços de saúde, numa perspectiva de gênero e orientação sexual.

As agendas afirmativas estarão disponíveis em sua íntegra no portal do Plano de Enfrentamento à Feminização.

⁶ Ver nota 4.

EM SÍNTESE

Esta nova edição do Plano procurou incorporar as contribuições provenientes dos diferentes espaços de debate e construção coletiva, no período de 2007 a 2009, sobretudo no que se refere aos questionamentos apresentados durante as oficinas regionais, fóruns, reuniões de consulta e debates locais. Assim, procura-se reforçar e promover a sinergia entre as macropolíticas dos setores de políticas para mulheres e saúde, com vistas a reduzir as iniquidades de gênero e intervir nos contextos de vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

*“Precisamos trabalhar juntos para ‘tirar o plano do papel’”
(participante de Oficina Regional)*

Os avanços e desafios na operacionalização do Plano Integrado nos estados e municípios poderão ser acompanhados no portal do Plano.

FEMINIZAÇÃO DA AÍDS E OUTRAS DST: DESAFIOS NO BRASIL E NO MUNDO

A epidemia de aids tornou-se uma realidade para mulheres brasileiras desde 1980, quando ocorreram as primeiras notificações. Entretanto, para as mulheres ela sempre foi menos visível do que para os homens. No início da década de 90, com o crescimento do número de casos de aids na população feminina, em vários lugares do mundo e, também, no Brasil, juntamente com o aumento dos casos de transmissão materno-infantil do HIV - transmissão vertical -, a temática da feminização da epidemia surge como ponto de discussão para ativistas, pesquisadores/as, e técnicos/as do setor da saúde.

Para ilustrar esse quadro, seguem abaixo referências sobre feminização da aids:

Em **termos internacionais**, de acordo com as estimativas da Unaid (2008)⁷, para a epidemia de aids no mundo, pode-se destacar que:

- Em todo o mundo há 33 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo que 15,5 milhões são de mulheres com 15 anos ou mais, o que representa 50% do total de adultos infectados;
- 77% (12 milhões) de todas as mulheres HIV positivas vivem na África Subsaariana, o que representa 59% dos adultos vivendo com HIV. A prevalência observada em toda essa área entre mulheres jovens é três vezes maior do que a prevalência entre homens jovens (15 a 24 anos);
- Na Ásia, as mulheres representam 35% (1,7 milhão) dos adultos vivendo com HIV. Os números são mais altos em alguns países da região, tais como Índia (880 mil), Tailândia (250 mil), China (200 mil), Mianmar (100 mil) e Vietnã (76 mil);

⁷ UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic : executive summary, 2008.

- No Caribe, 50% (110 mil) dos adultos vivendo com HIV são mulheres, sendo a República Dominicana e o Haiti os países com os maiores percentuais de mulheres infectadas — 51% e 53%, respectivamente;
- Na América Latina, uma crescente proporção de pessoas vivendo com HIV é de mulheres (550 mil);
- No Leste Europeu, observa-se um crescimento no número de mulheres infectadas pelo HIV, sendo a Ucrânia o país caracterizado por uma das epidemias que crescem mais rapidamente (44% dos adultos infectados são mulheres);
- Estima-se que 90% das pessoas vivendo com HIV, em todo o mundo, não sabem que estão infectadas, e menos de 10% das mulheres grávidas fizeram teste de HIV⁸;
- A maioria das 17,6 milhões de mulheres vivendo com HIV/Aids está em idade reprodutiva⁹;
- A prevalência da infecção pelo HIV em mulheres grávidas é bastante diversa em todo o mundo, variando desde menos 1%, como no Brasil¹⁰, a mais de 20%, como na África Subsaariana¹¹;
- Em todo o mundo, são usualmente as mulheres que cuidam de doentes e crianças. Nos locais que estão entrando em colapso sob o impacto da aids, são principalmente as mulheres – incluindo as mais velhas – que assumem, com pouco apoio, essa assistência¹².

8 WHO/UNAIDS (2006). Keeping the Promise: An Agenda for Action on Women and AIDS. Geneva, WHO/UNAIDS, p. 14. Disponível na internet em: http://data.unaids.org/pub/Booklet/2006/20060530_FS_Keeping_Promise_en.pdf

9 WHO. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. 2006. Disponível na internet em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf>

10 BRASIL. Estudo Sentinela-Parturiente, 2004. Relatório disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BBDD562E2-6074-4FF5-AD12-49809803C2B5%7D/relatorio_2004_sentinela_parturiente.pdf

11 (3) WHO. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. 2008. Disponível na internet em: http://www.etharc.org/publications/2008_epiupdate_en.pdf

12 WHO (2003) Gender and HIV/Aids. Retirado da página de internet www.who.int?gender/HIV_aids/en. BERRER M. Mulher e HIV/Aids. São Paulo, 1997.

No cenário nacional:

- Do total de casos notificados até junho de 2008, 65,8% foram do sexo masculino (333.485 casos) e 34,15% do feminino (172.995 casos) e, em 2003, a taxa de incidência foi de 23,0 por 100.000 hab. entre homens e 15,1 por 100.000 hab. entre mulheres. A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2006 (gráfico I).
- Verifica-se, também, um aumento progressivo do número de municípios brasileiros com pelo menos um caso de aids em mulheres, desde 1980, o que indica que a interiorização vem sendo acompanhada por um processo de feminização da epidemia. Tal processo se apresenta mais acentuado em algumas regiões do que em outras e tende a acompanhar o deslocamento que se verifica com a mobilidade populacional permanente nas zonas de expansão das fronteiras agropecuária e de mineração.
- Embora o grau de escolaridade isoladamente não seja suficiente para indicar a condição socioeconômica da população afetada pela epidemia, essa medida é a que mais se aproxima como indicador de pobreza. Nesse sentido, os dados mostram que 52% dos casos entre mulheres são entre as que não têm nenhuma escolaridade e entre as que não concluíram o primeiro grau do ensino fundamental (com um a três anos de estudos - 29%, e com quatro a sete anos de estudo - 19%).
- Outro indicador importante é a escolaridade das mulheres gestantes diagnosticadas com HIV, que confirma a tendência verificada de pauperização da epidemia. Dos 31.921 casos de gestantes HIV+, 3% são analfabetas, 13% têm apenas três anos de estudos e 39% têm entre quatro e sete anos de estudos.

Fonte: MS/SVS/PN-DST/Aids, 2008.

Aids no Brasil

1980 - 2008

Novembro, 2008



HIV: Informações Gerais

- Estimativa de infectados pelo HIV (2006): **630.000***
- Prevalência da infecção pelo HIV**:
 - 0,61% (pop. 15 a 49 anos)
 - fem. **0,42%** - masc. **0,82%**

* Sujeito a alterações.

** Estudo Sentinela Parturientes, 2006.



Casos acumulados (até 06/2008): **506.499**

2007* – 33.689

Taxa de incidência (por 100.000 hab.)

2006 * – 19,0 2007 * – 17,8

Nº óbitos acumulados (1980-2007): 205.409

2006 * – 11.201 2007 * – 11.060

Coefficiente de mortalidade (por 100.000 hab.)

2006 * – 6,0 2007 * – 5,8

Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2008 e no SIM de 2000 a 2007.

* Dados preliminares



Casos de aids e taxa de incidência (por 100.000 hab.), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2000 a 2007*

Ano	Número de casos	Taxa de incidência (por 100.000 hab.)
2000	30.032	17,7
2001	31.224	18,1
2002	38.156	21,8
2003	38.131	21,6
2004	37.621	21,0
2005	37.071	20,1
2006	35.459	19,0
2007	33.689	17,8

Casos acumulados (de 1980 a 06/2008): **506.499**

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

*Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2008 e no SIM de 2000 a 2007.

Dados preliminares



Número de óbitos por aids e coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.), segundo ano do óbito. Brasil, 2000 a 2007*

Ano	Número de óbitos	Coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.)
2000	10.730	6,3
2001	10.948	6,4
2002	11.055	6,3
2003	11.283	6,4
2004	11.020	6,2
2005	11.100	6,0
2006	11.201	6,0
2007	11.060	5,8

Óbitos acumulados (de 1980 a 2007): **205.409**

FONTE: MS/SVS/DASIS- SIM de 2000 a 2007
* Dados previsões



A s D S T n o c o n t e x t o d a f e m i n i z a ç ã o d a a i d s

As DST são muitas vezes assintomáticas, principalmente entre mulheres, dificultando o diagnóstico precoce e facilitando a ocorrência de complicações, como infertilidade e gravidez fora do útero (ectópica). Vários fatores, além das características biológicas, contribuem para que as mulheres estejam mais susceptíveis às DST, como as relações desiguais entre homens e mulheres, a falta de oportunidade de falar sobre sexualidade e conhecer seu corpo, a dificuldade em negociar o sexo protegido, o não uso do preservativo com o/a parceiro/a, as condições socioeconômicas e culturais que podem limitar o seu acesso a serviços, a falta de ações e informações adequadas.

Com a evolução da epidemia do HIV, as DST assumiram um papel ainda mais relevante, uma vez que facilitam a propagação do HIV. As lesões provocadas pelas DST possibilitam a entrada do vírus no organismo, aumentando os riscos de uma pessoa se infectar pelo HIV em até 10 vezes no caso de sífilis, 6 vezes no caso da clamídia, 9 vezes nos casos de herpes genital e gonorréia e em até 18 vezes pela presença de úlceras genitais, por exemplo.

Considerando que uma parcela significativa das mulheres apresenta alguma DST, o manejo adequado desses agravos é parte significativa da prevenção à infecção pelo HIV/aids. Estudo recente realizado pelo Departamento de DST e Aids identificou altas taxas de prevalência das principais DST nos grupos de mulheres pesquisados (gestantes e mulheres que procuraram clínicas de DST) – vide quadro a seguir.

Quadro: Prevalências (%) por etiologia de DST, segundo grupo de estudo. Brasil, 2005.

DST/Grupos	Gestantes	Mulheres que procuraram clínicas de DST
Sífilis	2,6	3,4
Gonorréia	1,5	3,3
Clamídia	9,4	7,3
HIV	0,5	0,6
HBV	0,9	0,7
HPV-AR	33,5	38,0
HPV-BR	17,4	26,1

Legenda: HBV (vírus da hepatite B); HPV-AR (papilomavírus humano de alto risco para o câncer de colo de útero); HPV-BR (papilomavírus humano de baixo risco para o câncer de colo de útero)

Fonte: Estudo de Prevalência e Frequências Relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005.

A maioria das DST tem cura e, normalmente, os sintomas desaparecem em curto espaço de tempo. Mas, se elas não forem tratadas adequadamente, podem trazer sérias consequências, tais como infertilidade, gravidez fora do útero, aborto, natimortos, partos prematuros, infecção congênita, câncer do colo do útero e até a morte.

Em levantamento realizado no Brasil em 2004, foram observadas mais de 93 mil internações de mulheres com doença inflamatória pélvica (DIP). Em 2006, esse mesmo levantamento acusou que 10 mil mulheres foram internadas em decorrência de gravidez fora

do útero. Ambos os eventos estão relacionados, na grande maioria das vezes, à DST não tratada, que leva à perda da funcionalidade das trompas, podendo chegar à infecção generalizada e até à morte.

Considerando uma prevalência de 1,6% de sífilis em gestantes no Brasil, de acordo com o **Estudo Sentinela Parturiente (Brasil, 2004)**, espera-se mais de 48.000 casos de sífilis em gestantes por ano. Ou seja, muitas mulheres estão expostas a um risco que poderia ser evitado, já que se trata de um agravo curável a custos baixíssimos.

Estratégias de prevenção primária (uso do preservativo) e secundária (diagnóstico e tratamento precoces) podem permitir o controle das DST e de suas consequências. Para ampliar o controle e o tratamento das DST, a “abordagem sindrômica” vem sendo adotada como estratégia pelo Ministério da Saúde e consiste na identificação de um grupo de sinais e sintomas comuns a determinadas DST e no tratamento simultâneo delas, tornando o diagnóstico e o tratamento mais rápidos e eficazes.

As ações existentes no país ainda se apresentam de forma pulverizada, com grandes diferenças regionais. É muito importante que sejam empreendidas ações no campo da atenção básica, com ênfase no controle das DST, na eliminação da sífilis congênita, no acesso ao diagnóstico e tratamento precoce das DST e na prevenção ao câncer de colo de útero.

Além do diagnóstico e tratamento medicamentoso, os serviços devem contar com a oferta de ações educativas, orientação preventiva, disponibilização de insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante) e, além disso, é preciso garantir que o(s) parceiro(s) e/ou parceira(s) também receba(m) tratamento e orientações. É necessário, portanto, um esforço coletivo para divulgar a relevância das DST, qualificar os serviços e seus profissionais para atender as mulheres, seus parceiros e parceiras e aperfeiçoar o sistema de informação desses agravos.

Para tanto, faz-se necessário trabalhar atividades de planejamento para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle das DST no âmbito local/regional, incluindo a participação de diferentes áreas da saúde e demais setores que atuem na proteção e promoção dos direitos humanos das mulheres. A integração entre essas diferentes áreas e setores permitirá a implementação de respostas efetivas que contemplem as necessidades das mulheres em sua diversidade, que sejam equitativas, sustentáveis, descentralizadas e integrais.

ENFRENTAMENTO À FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA: SUPERAÇÃO DOS CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

Evidenciar a complexidade da epidemia de aids e outras DST em mulheres significa colocar em foco as relações desiguais entre os gêneros e as disparidades socioeconômicas que atingem as mulheres brasileiras. Ao pensar as relações desiguais de poder estabelecidas entre homens e mulheres, também são explicitadas as conexões entre desigualdades de gênero, aids e violência, reforçando a necessidade de analisar e abordar a violência de gênero contra as mulheres e a vulnerabilidade à infecção pelo HIV ou a outras DST, de maneira inter-relacionada.

Em todas as sociedades, há diferenças entre os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres, contudo a análise dos diferentes contextos mostra que as atribuições de poder desiguais entre homens e mulheres influenciam no acesso aos recursos produtivos e na autonomia para tomar decisões, incluindo decisões sexuais e reprodutivas. Historicamente, tais diferenças se expressam de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades que as prejudicam. As **desigualdades de gênero** constituem fatores estruturantes da vulnerabilidade das mulheres à epidemia de aids e outras DST. O conceito de vulnerabilidade é norteador da resposta nacional à aids e pressupõe um conjunto de fatores individuais, sociais e programáticos que incidem diretamente sobre a maior ou menor exposição de homens e mulheres ao HIV/aids¹³. No âmbito deste Plano, consideramos que, no que se refere à feminização da epidemia de aids

13 Ayres, JR; França Jr, I.; Calazans, G.J.; Saletti Fo, HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia e Freitas, CM (org) Promoção da saúde. 2003. p. 116-138

e outras DST, há uma convergência de fatores que configuram o que denominamos **contextos de vulnerabilidade**, gerando desafios que devem ser superados, em uma perspectiva integrada e intersetorial para o enfrentamento da epidemia.

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST visa a ampliar, por meio de ações intra e intersetoriais, os trabalhos que vêm sendo realizados na área de promoção aos direitos sexuais e reprodutivos, diagnóstico, assistência, prevenção e tratamento de DST/HIV/aids e apoio às mulheres que vivem com HIV e aids.

A análise dos **contextos de vulnerabilidade** é bastante complexa, uma vez que eles também englobam outros fatores que contribuem para a manutenção das desigualdades de gênero, e compõem o conjunto de fatores que estruturam a vulnerabilidade das mulheres, tais como: 1) violência doméstica e sexual, 2) estigma e violação dos direitos humanos, 3) não reconhecimento das adolescentes e jovens como sujeitos de direitos; 4) racismo e desigualdades étnico-raciais, 5) pobreza e outras desigualdades socioeconômicas 6) uso abusivo de drogas.

Ao levar em conta os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais que influenciam ou determinam os **contextos de vulnerabilidade** aos quais estão submetidas as mulheres, as análises e as intervenções tendem a ser mais efetivas e adequadas.

Nos estados, municípios e Distrito Federal é necessário que o planejamento de ações seja feito após essa análise detalhada, tanto para fins de avaliação de limites e potencialidades quanto para a busca de estratégias coletivas e sustentáveis.

1 . V i o l ê n c i a d o m é s t i c a e s e x u a l

A violência doméstica e sexual é uma triste realidade que atinge mulheres e homens de todas as faixas etárias. Em especial, trata-se de uma situação que leva ao sofrimento e ao adoecimento de muitas mulheres, crianças e adolescentes. Em termos numéricos, sabe-se que existe um quantitativo muito maior de mulheres agredidas por homens, principalmente dentro das relações íntimas, do que de homens agredidos por mulheres. Dados da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 – mostram que mais de 90% dos registros de relatos de violência são casos de violência doméstica e familiar contra mulheres (SPM, 2008). Do

mesmo modo, relatórios do Disque-Denúncia (Dique 180) evidenciam que meninas são alvos mais recorrentes de abusos sexuais.

Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2001) apontou que o marido ou parceiro íntimo é o principal responsável pela violência doméstica. Mais da metade das agressões são ameaças à integridade física com arma e 70% correspondem a “quebradeira dentro de casa”. Mesmo com percentuais alarmantes, pode-se inferir que os índices de violência contra mulheres estejam subnotificados. Estima-se que os registros não representem mais do que 5 a 10% da incidência real, ou seja, a situação é ainda mais grave (SEGATO, 2003).

Os dados mostram a situação opressiva vivida por muitas mulheres, que não raro se silenciam por causa do medo ou vergonha, ou até mesmo por achar “natural” determinadas atitudes dos parceiros, tais como: manifestações de ciúmes, deveres sexuais, desqualificação, não reconhecimento do trabalho doméstico, entre outros.

Para melhor compreender essa situação, faz-se necessária a inserção da perspectiva de gênero para avaliar o que estrutura as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade e como esse problema se relaciona com o HIV/aids em mulheres.

Uma das reflexões importantes pauta-se na problematização das diferenças sexuais como identidade e a construção de um eixo diferencial que atribui poder ao masculino em detrimento do feminino. Quando falamos em relações de gênero, referimo-nos às relações sociais entre homens e mulheres que estão fundamentadas na percepção do que significa “ser homem” e “ser mulher”, em uma dada cultura e em um dado momento histórico. Aliados a essas representações, são definidos padrões de comportamentos para cada um dos sexos, associando a mulher à fragilidade, natureza e cuidado e os homens à agressividade, racionalidade e iniciativa. Essa valorização desigual se expressa de diferentes formas, que vai desde a divisão sexual do trabalho até a impossibilidade das mulheres negociarem, de forma autônoma, seu prazer e a maneira que desejam expressar e viver sua sexualidade. Essa situação se intensifica quando as mulheres são vítimas da violência doméstica, pois isso as torna mais suscetíveis a diferentes agravos e à infecção por doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV/aids.

O uso do preservativo em relações estáveis ainda é um tabu na sociedade, e torna-se mais rígido quando quem propõe é a mulher. O preservativo, principalmente o feminino, é um dos instrumentos de autonomia das mulheres e precisa ser fortalecido, valorizado e informado.

No que se refere à violência doméstica e sexual, o Governo Brasileiro assinou protocolos internacionais e sancionou uma lei para prevenção, coibição da violência e punição dos agressores, entendendo esse tipo de violência como violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais das mulheres.

Uma possível definição para qualificar esse problema é dada pela Convenção Interamericana para Erradicação da Violência Contra a Mulher, Belém do Pará, 1994:

[...] Violência contra a mulher é qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”

A violência contra a mulher se expressa na violência doméstica, sexual, moral, patrimonial, entre outras formas desiguais de poder que colocam as mulheres em posição desfavorável. Por violência doméstica entende-se “a omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Lei 11.340/2006, Art. 5º).

Os comportamentos expressos no ato violento pautado no gênero incluem agressões físicas (tapas, chutes e espancamentos), abusos psicológicos (intimidação, constante desvalorização e humilhação) e diferentes comportamentos controladores (isolamento familiar e social, ciúmes, monitoramento da vida cotidiana da mulher, restrição ao acesso a informações e assistência, restrição ao acesso a seus bens materiais). Sabe-se que as mulheres que são alvo de agressão física, geralmente, passam por reiterados atos de agressão ao longo dos anos. (TIMM, 2008)¹⁴.

14 TIMM, F.B. Violência Conjugal: uma perspectiva da psicologia feminista no enfrentamento às situações de violência contra mulheres. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica de Brasília, 2008.

Considerando a magnitude do problema da violência doméstica e sexual contra mulheres, crianças e adolescentes no Brasil, o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República, estimulam a sensibilização e o engajamento de gestores/as e profissionais das diversas áreas programáticas, para a organização da rede integrada de serviços para atenção integral às pessoas em situação de violência doméstica e sexual. A atuação em rede pressupõe que sejam planejadas e implementadas ações integradas que envolvam governos estaduais, municipais e organizações da sociedade civil (OSC), incluindo organizações e redes de adolescentes e jovens. Essa iniciativa compõe o que se define como “Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual”.

Nesse contexto, entende-se que a “Rede de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação ou Risco de Violência Doméstica e Sexual” é uma pactuação para a atuação articulada entre instituições e serviços governamentais e não governamentais, visando à ampliação e à melhoria da qualidade da prevenção, do acolhimento, atenção e encaminhamento adequado de casos existentes nas comunidades, bem como o desenvolvimento de estratégias para a gestão compartilhada das ações.

2 . E s t i g m a e v i o l a ç ã o d e d i r e i t o s h u m a n o s

O estigma é uma das mais significativas formas de violência e violação dos direitos humanos das mulheres no Brasil. A realização de ações para a promoção da igualdade e equidade de gênero, raça, etnia e orientação sexual contribuem para estimular a difusão de imagens não discriminatórias e não estereotipadas das mulheres. Mas, para enfrentar esse problema visando à redução das vulnerabilidades de forma equitativa, é fundamental considerar que alguns grupos de mulheres podem ser afetadas mais fortemente, tais como as mulheres que vivem com HIV e aids, as adolescentes e jovens, as mulheres privadas de liberdade, em situação de rua, as idosas, as mulheres jovens e adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, as prostitutas, as usuárias de álcool e outras drogas, as mulheres com deficiência ou aquelas que vivenciam a transexualidade. Muitos são os desafios. Como afirmam Castilho e colaboradores, “é preciso construir e avaliar a resposta sob perspectivas diversas e complementares, renovando e refinando permanentemente os instrumentos de análise e o arcabouço conceitual”.

Historicamente, lideranças e representantes do movimento feminista e de mulheres, movimento de prostitutas, movimento de lésbicas, movimento de pessoas vivendo com HIV/aids, movimento negro, de mulheres negras, entre outros, têm assumido o papel de protagonista na defesa dos direitos das mulheres e na luta contra a aids. A união dos diferentes movimentos em prol da realização das ações previstas no Plano vai ser decisiva para a construção de um ambiente mais inclusivo e igualitário onde o estigma e a discriminação sejam inaceitáveis. A mobilização social e as ações intersetoriais integradas são essenciais, assim como é essencial o acesso às informações corretas e em linguagem adequada para todas as mulheres, bem como os dispositivos sociais necessários para o exercício da cidadania.

3 . N ã o r e c o n h e c i m e n t o d o s d i r e i t o s d a s a d o l e s c e n t e s e j o v e n s

A legislação brasileira considera crianças os indivíduos entre 0 e 11 anos de idade e adolescentes os que têm entre 12 e 18 anos. Para a Política Nacional da Juventude são considerados jovens todos os indivíduos entre 15 e 29 anos [1]. Este Plano segue a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece como jovens os indivíduos com idades entre 10 e 24 anos.

Desde o início da epidemia, na década de 1980, até junho de 2008 foram identificados¹⁵, no Brasil, 172.995 casos de aids em mulheres e destes, 5.428 em mulheres entre 13 a 19 anos e 20.061, na faixa etária de 20 a 24 anos.

No começo da epidemia, o predomínio de casos de transmissão heterossexual concentrava-se nas mulheres jovens. Mas, a partir de 1998, na faixa etária de 13 a 19 anos, observa-se, uma nítida inversão na razão de sexo. Considerando-se a população jovem definida pela OMS, com idades entre 10 a 24 anos, pode-se afirmar que a razão de sexo foi de 1 para 1, em 2006, ou seja, para cada homem havia uma mulher infectada por HIV naquele ano.

¹⁵ Identificados são todos os casos notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM

Sugestão: montar um gráfico com os seguintes dados:

Para a faixa etária dos 20-24 a razão é de: 1:1

Para a faixa etária 13-19, a razão em 2006 é de 0,6

ou seja: a cada 6 homens infectados há 10 mulheres.

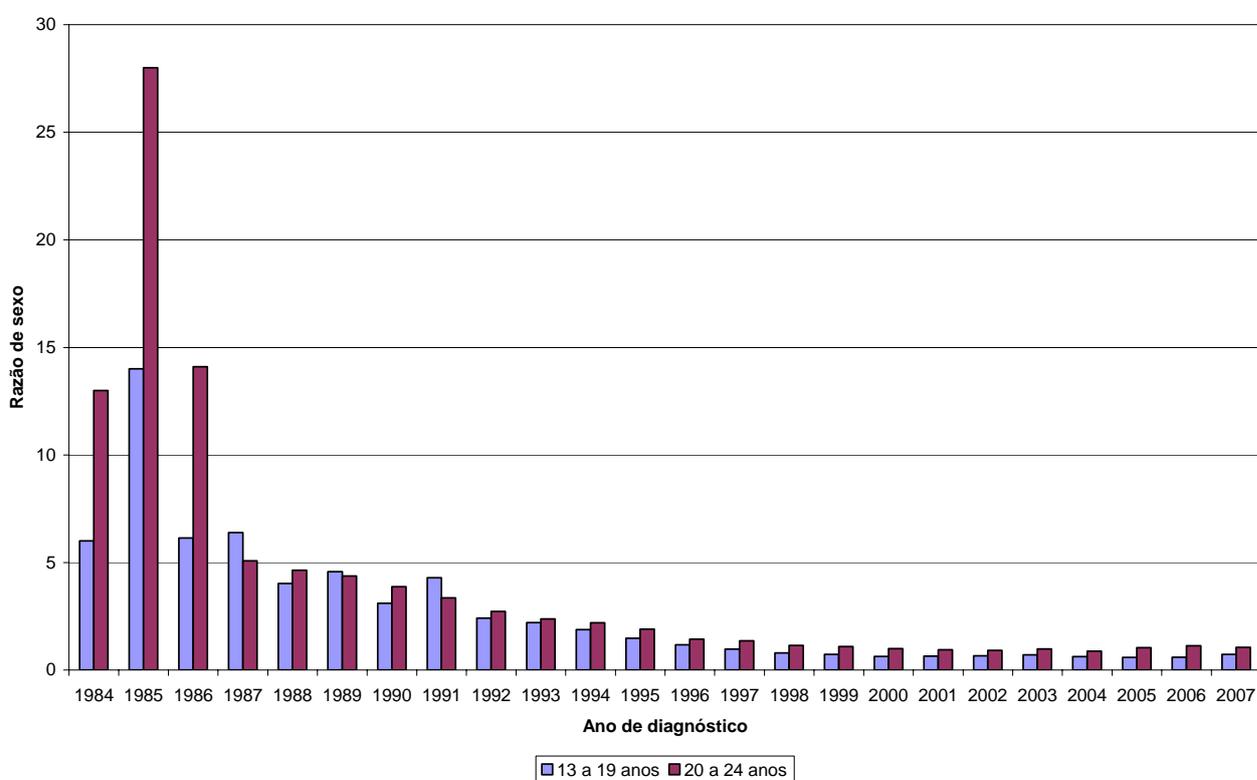


Gráfico 1. Razão de sexo (M:F) segundo faixas etárias (13 a 19 anos e 20 a 24 anos) por ano de diagnóstico. Brasil, 1984-2007

Fonte: MS/SVS/DEPTO-DST/AIDS

Notas: SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL, SINAN e SISCEL até 30/06/2008 e SIM de 2000 a 2007 (Dados preliminares para os últimos 5 anos)

O processo de feminização da epidemia entre jovens, sobretudo na faixa de 13 a 19 anos, ocorre muito rapidamente, sendo urgente o estabelecimento de ações que resultem no empoderamento das mulheres, como por exemplo, a ampliação do acesso ao preservativo feminino. Contudo, dar poder às mulheres não significa excluir a possibilidade de ampliar a participação dos homens na construção de estratégias de autocuidado e cuidado com a parceira bem como na reflexão das questões de gênero, estruturantes da sociedade e que tornam as mulheres especialmente vulneráveis à infecção por HIV e DST.

Os dados apontados pela Pesquisa de Comportamentos Atitudes e Práticas, realizada pelo Departamento de DST e Aids, do Ministério da Saúde (BRASIL, PCAP, 2008), demonstram que os jovens brasileiros/as entre 15 a 24 anos estão mais atentos em relação ao uso do preservativo e têm comportamento mais seguro quando comparados a outras faixas etárias (63,8% dos homens jovens e 57,6% das mulheres jovens de 15 a 24 anos relatam terem usado preservativo na primeira relação sexual). No entanto, a vulnerabilidade das adolescentes e jovens chama a atenção. A pesquisa demonstra que, em relação ao uso do preservativo em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses, enquanto 40,2% dos homens jovens relatam ter usado preservativo, apenas 29,7% das mulheres na mesma faixa etária o fizeram.

Para o enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST entre as adolescentes e jovens é preciso ampliar o entendimento sobre os diferentes significados e sentidos atribuídos a mulheres, adolescências e a juventudes. É necessário considerar que fatores externos - o meio em que vivem, suas práticas sociais, estilo de vida, bem como os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e o sistema legal e político¹⁶ - constituem uma poderosa influência sobre a maneira como os/as adolescentes e jovens pensam e se comportam.

A visão simplista de que adolescentes e jovens “vivem uma fase de transição” e que compõem um “grupo homogêneo” tem dificultado o desenvolvimento de estratégias de prevenção que considerem as diferentes realidades vivenciadas por esse segmento. Assim, é importante valorizar as diferenças e atentar para as especificidades e vulnerabilidades próprias desse período de vida.

Para tanto, gestores/as, formuladores/as e gerentes de políticas públicas, profissionais que atuam com jovens e a população geral precisam refletir sobre o que há de comum e específico na maneira de vivenciar as diferentes dimensões e levar em

¹⁶ Diretrizes para a implementação do projeto saúde e prevenção nas escolas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006).

consideração fatores como: local e condições de moradia, estilos de vida, raça, etnia, orientação sexual, condição de saúde, menor autonomia, relação e suporte familiar ou comunitário, maior dificuldade de diálogo e de negociação de práticas sexuais seguras com seus/suas parceiros/as e/ou situações de violência sexual e doméstica.

No contexto da sexualidade, vale lembrar que mesmo com um roteiro pré-estabelecido do que é “esperado e adequado” para o menino e para a menina, cada adolescente e cada jovem vivencia a sexualidade a seu modo, correspondendo, na maioria das vezes, às expectativas do grupo com o qual convive e/ou se identifica.

O processo de experimentação do novo, como primeiro beijo, primeiro namorado/a, primeira relação sexual, são alguns exemplos de processos geralmente compartilhados nessa faixa etária. Porém, a maneira como cada adolescente e jovem vivenciará tais experiências vai depender do acesso à informação, aos insumos de prevenção, às ações e aos serviços de saúde, do conhecimento sobre seus direitos, de sua rede de proteção, da abordagem que a escola ou a instituição que frequenta ou reside adota para tratar do tema, além dos desejos e da subjetividade de cada jovem, entre outros aspectos.

No segmento de mulheres jovens e adolescentes, os contextos de vulnerabilidade à infecção por HIV e outras DST se expressam de maneira ainda mais significativa, uma vez que a inscrição das desigualdades de gênero e geracionais caminham juntas com o não reconhecimento de adolescentes e jovens como sujeitos de direitos. Esse cenário, no qual se articulam aspectos biológicos, psicológicos, culturais, ambientais e socioeconômicos, contribui sobremaneira para o aumento ou manutenção de suas vulnerabilidades.

As estratégias para o enfrentamento da epidemia de aids e outras DST devem considerar que as adolescentes e as jovens são sujeitos de direitos. Todos e todas que trabalham com esse segmento e o próprio grupo devem ser sensibilizados para garantir que os direitos sejam protegidos e promovidos, incluindo os direitos sexuais e direitos reprodutivos. O reconhecimento de adolescentes e jovens como sujeitos de direitos é a etapa fundamental tanto para a oferta de ações e serviços integrais e adequados às diferentes necessidades, como para a contribuição no processo de fortalecimento da autonomia e autocuidado em relação a seu corpo e as suas práticas sexuais.

Um ambiente favorável ao exercício dos direitos de adolescentes e jovens, sobretudo no que tange à sua sexualidade e decisões reprodutivas pressupõe a sua participação efetiva nos processos de formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, ações, programas ou projetos.

Baseando-se nesses aspectos, o Plano contempla ações voltadas para as adolescentes e jovens, particularmente integrando-se ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)¹⁷.

4 . R a c i s m o e d e s i g u a l d a d e s é t n i c a s e r a c i a i s

O racismo é o fenômeno ideológico caracterizado pela atribuição de características negativas a determinados padrões de diversidade e significados sociais negativos aos grupos que os detêm.

Ele produz e mantém iniquidades e não é uma questão de opinião pessoal. Reafirma-se no dia a dia pela linguagem comum, mantém-se e alimenta-se pela tradição e pela cultura, influencia a vida, as relações estabelecidas entre as pessoas e também a organização e o funcionamento das instituições (Lopes e Quintiliano, 2007).

Para enfrentar a feminização da epidemia de aids e outras DST, entre mulheres negras ou índias, sejam elas do campo, da floresta ou das cidades, lésbicas, bissexuais ou

17 O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas é uma ação dos Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com UNESCO, UNICEF e UNFPA, que tem como objetivos centrais contribuir para a promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens; e contribuir para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids entre adolescentes e jovens escolares. Representa um marco na integração dos setores saúde e educação e destaca a escola como o melhor espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens, principalmente por poder envolver todos os sujeitos (estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde) na discussão e no desenvolvimento das ações. Mais informações: www.aids.gov.br

que fazem sexo com outras mulheres, prostitutas, que vivem com HIV, em situação de rua, adolescentes, jovens ou idosas, heterossexuais, enfim, qualquer que seja a identidade ou as características, é preciso compreender o que é o racismo e as formas em que ele opera e reconhecer que tanto ele quanto a discriminação racial e as desigualdades sociorraciais e étnicas e suas interações com outros fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos podem produzir efeitos negativos em sua condição de saúde e aumentar a sua vulnerabilidade aos agravos diversos e também às DST e ao HIV/aids. Afinal não se trata de uma experiência isolada. A presença de uma série de outros elementos ou identidades pode aprofundar as desigualdades e intensificar tanto a ação do racismo como seus efeitos (Lopes e Werneck, 2009).

Nesse sentido, as ações integradas para a promoção da equidade de gênero e em saúde e para o enfrentamento da epidemia de aids e outras DST entre as mulheres devem ser construídas levando em consideração a complexidade e a multidimensionalidade das vulnerabilidades, em que se inclui o racismo, as desigualdades étnicas e raciais e a discriminação racial. Como afirma Werneck (2005), o isolamento dos fatores, apesar de permitir a simplificação de diagnósticos, ações e políticas, termina não apenas excluindo pessoas e grupos, como, principalmente, privilegiando no interior desses grupos aqueles subgrupos que já se encontram em posição de vantagem.

5 . P o b r e z a e o u t r a s d e s i g u a l d a d e s s o c i o e c o n ô m i c a s

No Brasil, o grau de pobreza é mais elevado do que o encontrado em outros países com renda *per capita* similar. Embora cerca de 64,0% dos países tenham renda inferior à brasileira, aqui o grau de desigualdades é um dos mais elevados do mundo (Barros, 2000). Nos contextos de pobreza, experimenta-se a impossibilidade do consumo, o acesso restrito aos bens sociais potencialmente disponíveis e, por consequência, a restrição das liberdades individuais. Nesse mesmo contexto, presente nos centros urbanos e nas cidades do interior do Brasil, a epidemia de aids vem, progressivamente, crescendo, acentuando problemas sociais já existentes e deixando mais complexas as estratégias de enfrentamento, na

medida em que se constitui em fator estruturante da vulnerabilidade de pessoas vivendo em situação de pobreza, sobretudo as mulheres.

O combate à pobreza entre as mulheres é condição essencial para o desenvolvimento social, econômico, cultural e ambiental e, também, para o controle da epidemia de aids e outras DST. A epidemia agrava as condições já precárias das famílias pobres, que vivem em ambiente degradado e insalubre, com a presença de características indesejáveis no domicílio e com a exposição excessiva a diferentes formas de violência de ordem racial, de gênero, física, sexual, econômica, psicológica, moral e/ou simbólica. Também os custos relativos ao cuidado com algum membro da família repercutem na renda familiar. Ainda que sejam considerados os sistemas de saúde mais inclusivos, como é o caso do SUS, a maior carga social recai sobre as mulheres que assumem os cuidados com os membros da família que estão doentes e que, muitas vezes, secundarizam o autocuidado e as suas necessidades em saúde.

Há que se considerar, em um plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia, estratégias que visem ao fortalecimento da mulher que se encontra em situação de pobreza. A estratégia de colocar no centro das ações de enfrentamento à epidemia entre as mulheres o combate à pobreza é, sem dúvida, um desafio de todos nós. É essencial a ampliação das conexões entre os setores de saúde, de políticas para as mulheres e o Programa Bolsa Família, sobretudo no que diz respeito às ações de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e prevenção das DST e do HIV/aids, uma vez que 90% das beneficiárias são mulheres. Na mesma medida é estratégico garantir que as adolescentes e jovens membros das famílias contempladas pelo Bolsa Família sejam incluídas em ações educativas para a igualdade entre os gêneros e em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Além disso, a adoção de ações afirmativas para a inserção no mercado de trabalho, geração de renda, aumento do nível de escolaridade, ampliação da participação nas instâncias de controle social, apoio à organização política para ação em rede e mobilização para a defesa dos seus direitos, são de fundamental importância para se reverter o cenário atual da epidemia de DST e aids entre as mulheres brasileiras e para romper os ciclos de violência, desempoderamento e desvalorização aos quais elas estão submetidas.

6 . U s o d e á l c o o l e o u t r a s d r o g a s

As representações sociais sobre as drogas estão, na maioria das vezes, associadas ao medo e à ameaça. O contexto de vida de boa parte das pessoas que usam álcool e outras drogas está fortemente marcado pelo preconceito, estigma, discriminação, exclusão. Tem-se observado, gradativamente, uma mudança nos sentidos dessas representações, incluindo a perspectiva dos direitos humanos a serem defendidos e uma intervenção no campo da saúde pública.

A política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde vem contribuindo para mudanças nesses valores. A experiência acumulada sobre redução de danos tem comprovado sua influência na construção de novos paradigmas e a importância para a redução das vulnerabilidades referentes à saúde das pessoas que usam álcool e outras drogas, com bons resultados de inclusão social.

Um dos principais fatores de vulnerabilidade para as mulheres ao HIV é o uso de drogas injetáveis. Os dados demonstram que, no primeiro semestre de 2008, a transmissão por uso de drogas injetáveis foi o segundo fator responsável pela exposição das mulheres ao HIV (3,0%) e a transmissão heterossexual é predominante (96,3%)¹⁸. Soma-se a isso o fato de que a maioria das mulheres parceiras de usuários de drogas injetáveis não fazem uso do preservativo nas relações sexuais com seus companheiros, por considerarem que o uso de drogas não está, a princípio, associado ao risco de infecção por HIV/aids¹⁹.

Em relação a outras drogas, incluindo o crack e o álcool, é frequente em nossa cultura sua utilização como mecanismo de desbloqueio nas relações sexuais. É importante considerar que o consumo de tais substâncias exerce influência na capacidade de julgamento e tomada de decisão, o que pode aumentar a vulnerabilidade às DST e ao HIV, seja pelo não uso do preservativo, pela troca de sexo desprotegido por drogas, ou ainda por situações de violência sexual.

Convém salientar que, em muitas situações, as desigualdades de gênero são agravadas em situações de uso de álcool e drogas entre mulheres. Em estudo realizado em

18 Boletim Epidemiológico - Aids e DST - Ano V - nº 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007 - Ano V - nº 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008

19 Ana Flávia d'Oliveira; Márcia Thereza Couto; Maria Aparecida Cardoso. Mulheres vivendo com HIV/Aids parceiras de usuários de drogas injetáveis. Rev. Saúde Pública v.41 supl.2 São Paulo dic. 2007

São Paulo²⁰, a presença da violência é constante nos discursos das mulheres usuárias de crack que praticavam “a troca do corpo por droga ou dinheiro para comprá-la”. Das entrevistadas, 52% revelaram que já haviam sofrido algum tipo de violência física. Além disso, “acostumaram-se” aos maus tratos, não reconhecidos por elas como violência por não acarretarem injúria física.

O contexto de vida das pessoas que usam álcool e outras drogas deve ser compreendido em sua complexidade. A incorporação das ações de redução de danos na agenda afirmativa do Plano são fundamentais para o enfrentamento da epidemia de aids e DST entre as mulheres.

20 Solange Aparecida Nappo. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/aids

PLANO INTEGRADO: DOS PRINCÍPIOS ÀS METAS E AÇÕES ESTRATÉGICAS

Para prevenir e controlar a epidemia de aids e outras DST são necessárias ações intersetoriais, envolvendo organizações da sociedade civil. Não é uma responsabilidade exclusiva do setor de saúde e, também, não é responsabilidade exclusiva das pessoas, como se afirmava nos anos 90. Atitudes isoladas não são suficientes para alterar os contextos de vulnerabilidade. “O adoecimento pela aids é resultado de aspectos coletivos e contextuais, além de fatores individuais” (PAIVA, 2009), uma vez que se trata de uma questão social, política e econômica. Não existe uma estratégia única. As respostas devem ser diversificadas, integradas e intersetoriais.

Este Plano Integrado pretende ampliar e qualificar o debate público e contribuir na promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, bem como dar visibilidade às mulheres que assumem orientações afetivo-sexuais divergentes da norma heterossexual como a lesbiandade, que ocupam profissões estigmatizadas (prostitutas), que adotam determinados estilos de vida (usuárias de álcool e outras drogas), que estão privadas de liberdade ou que cumprem medidas socioeducativas e ainda, àquelas que vivem com o HIV/aids, que não raro são vítimas de violência institucional, quando são atingidas pela falta de informação, orientação ou atendimento adequado às suas necessidades. Cumpre ressaltar que a vergonha e o sentimento de culpa são dois elementos que contribuem para que muitas mulheres não procurem assistência médica, sobretudo pelo receio da discriminação e estigmatização.

Embora todas as pessoas estejam suscetíveis à infecção pelo HIV, a epidemia não atinge a todas da mesma forma. O principal desafio social e programático, portanto, reside na intervenção efetiva nos contextos com vistas à redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres. A ampliação do seu repertório de direitos, suas liberdades fundamentais e sua emancipação, a redução das desigualdades entre os gêneros, a superação dos valores morais restritivos e dos estigmas, o enfrentamento do racismo, e todas as formas de

discriminação são ferramentas efetivas para o enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST.

Desse modo, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, reconhece a importância das políticas de gênero para o controle da epidemia de aids e outras DST entre as mulheres, e convoca os representantes de governo (gestores e gestoras), a sociedade civil organizada e os movimentos sociais, para desenvolver, monitorar e avaliar políticas, programas, ações e estratégias equitativas e integrais para promover o acesso universal à prevenção, diagnóstico, tratamento e apoio às pessoas que vivem com HIV e aids.

1 . P r i n c í p i o s

- Reconhecer que as desigualdades de gênero, em interação com a pobreza, o racismo, a violência, o estigma e, também, a discriminação relacionada à orientação sexual e identidade de gênero, à vida com HIV e à pessoa com deficiência, estilo de vida e a prostituição incrementam as vulnerabilidades das mulheres adolescentes, jovens, adultas e idosas as DST/HIV/aids.
- Reconhecer que o enfrentamento à feminização da epidemia de aids e outras DST implica no desenvolvimento de ações integradas, envolvendo as três esferas de gestão, instituições não governamentais e movimentos sociais.

2 . O b j e t i v o

- Enfrentar a feminização da epidemia de aids e outras DST por meio de ações integradas, envolvendo instituições governamentais, não governamentais e movimentos sociais, nas esferas federal, estadual e municipal.

3 . D i r e t r i z e s

- Intervenção nos contextos de vulnerabilidade por meio da implementação das políticas (Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, Política Nacional de Saúde Integral das Mulheres, Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as

Mulheres, Política Nacional de Atenção a Saúde de Adolescentes e Jovens, Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção da Saúde);

- Garantia da efetivação dos direitos humanos, incluindo os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases da vida, independentemente de seu estado sorológico para o HIV e, também, para as que se encontram em privação de liberdade, medidas socioeducativas e com deficiência;
- Promoção da igualdade e equidade de gênero, com garantia da participação e envolvimento de homens em todas as faixas etárias;
- Redução das iniquidades regionais e territoriais;
- Enfrentamento de todas as formas de violência, intolerância, discriminação e outras violações de direitos humanos que afetam a qualidade de vida das mulheres e sua dignidade;
- Fortalecimento das ações do Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres, nos estados;
- Enfrentamento das barreiras materiais e/ou simbólicas que dificultam o acesso a informações corretas, ações, serviços, e insumos, incluindo aquelas relacionadas a gênero, idade, cor da pele, raça e etnia, deficiência, condições socioeconômicas, denominação religiosa, orientação sexual, estilo de vida, uso de álcool e outras drogas;
- Fortalecimento e ampliação das ações de prevenção, promoção, assistência e tratamento as DST, hepatites, HIV e aids, de forma integral e equânime, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde, Políticas e Planos da Saúde e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres;
- Fortalecimento das ações integradas entre saúde sexual e reprodutiva, prevenção e assistência às DST, hepatites, HIV/aids e violência contra as mulheres, considerando os diferentes contextos e necessidades;
- Garantia de acesso ao diagnóstico e ao tratamento das DST nas gestantes adultas, adolescentes e jovens, com atenção nas ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis;
- Fortalecimento da mobilização e ampliação da participação de mulheres de todas as faixas etárias no controle social das ações integradas, intra e intersetoriais, para o enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST (formulação, monitoramento e avaliação dos planos integrados).

4 . A ç õ e s e s t r a t é g i c a s

As ações estratégicas para a implementação deste plano estão divididas em 6 eixos:

1. intra e intersetorialidade;
2. acesso à saúde;
3. qualidade da atenção a saúde;
4. participação e mobilização social;
5. gestão e monitoramento;
6. fortalecimento do controle social.

Essas ações vinculam-se diretamente a um conjunto de metas já estabelecidas em outros documentos que norteiam as ações programáticas do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, relacionadas ao enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST. Portanto, essas metas estão em anexo ao presente documento, como subsídio para dimensionar a operacionalização do Plano.

1. INTRA e INTERSETORIALIDADE

- Inclusão dos temas gênero, violência contra as mulheres, direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos em todas as ações de aconselhamento em sexualidade, prevenção e atenção em DST/HIV/aids, desenvolvidas pelos diferentes organismos governamentais;
- Estímulo à participação efetiva e articulação das áreas técnicas do Ministério da Saúde, tais como: Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde do Adolescente e do jovem, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde no Sistema Penitenciário, Programas de Hepatites, na construção e operacionalização dos Planos Estaduais, visando a fortalecer as ações integradas de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST, nas três esferas de gestão.
- Promoção da articulação e parceria efetiva entre organismos de políticas para as mulheres e áreas técnicas do setor saúde, no enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST, em consonância com as diretrizes do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.
- Integração das redes de mulheres com as redes de serviços de saúde, rede de atendimento a mulheres em situação de violência e outros equipamentos e serviços sociais;
- Estímulo ao envolvimento de setores, como: FUNASA, FUNAI, Justiça e/ou Segurança Pública, Forças Armadas, Educação, Assistência Social, Comunicação,

Esporte e Cultura, Previdência Social, organizações de sociedade civil (ONG, sindicatos, associações, instituições religiosas, universidades, clubes e serviços, entidades de classes), Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos das Mulheres, Conselhos Empresariais Estaduais e Municipais, em ações de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST.

- Fomento das parcerias com instituições acadêmicas e com organizações não governamentais para a produção e disseminação do conhecimento sobre os contextos de vulnerabilidade às DST/HIV/aids aos quais estão submetidos os diversos segmentos de mulheres.
- Promoção do desenvolvimento de uma estratégia de comunicação para o enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST, com garantia de participação de vários atores governamentais e não governamentais e movimentos sociais.
- Estímulo à realização de atividades intra e intersetoriais, em parceria com os organismos internacionais.

2. ACESSO À SAÚDE

- Estímulo à operacionalização dos Planos Estaduais de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST e implementação das ações integradas para além das capitais.
- Integração das ações do Plano às estratégias de implementação da rede de referência e contrarreferência dos serviços de atenção/vigilância em saúde (Unidades Básicas de Saúde, hospitais) e à Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência (Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Centro de Referência da Assistência Social - CRAS; Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS; Casa Abrigo, Serviços de Atendimento à Saúde da Mulher em Situação de Violência Sexual e Abortamento Legal/SUS e Instituto Médico Legal).
- Integração das ações do Plano às estratégias de implementação da rede de referência e contrarreferência dos serviços de atenção/vigilância da saúde e os equipamentos sociais de atendimento às adolescentes e jovens em situação de violência e sua articulação com o sistema de garantia de direitos das crianças e

adolescentes (delegacias de proteção a crianças e adolescentes, conselho tutelar, varas e promotorias da infância e adolescência).

- Integração das ações do Plano às estratégias de implementação do Programa Saúde da Família e do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), nas três esferas de gestão.
- Fortalecimento e integração das estratégias voltadas para promoção da saúde, prevenção, assistência e tratamento das hepatites virais, especialmente para as mulheres, em situação de pobreza e de rua, usuárias de álcool e outras drogas.
- Estimulo à integração das ações de promoção à saúde, aos direitos sexuais e reprodutivos, prevenção e tratamento de DST/HIV/aids dirigidas às mulheres de todas as faixas etárias, contemplando as especificidades das mulheres com deficiência, lésbicas, vivendo com HIV/aids e no climatério.
- Ampliação do acesso aos serviços de saúde, visando ao diagnóstico precoce e ao tratamento das DST nas gestantes adultas e adolescentes, com destaque para as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis.
- Ampliação das estratégias de acesso a serviços para rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento oportuno das DST a fim de reduzir a morbimortalidade associada a esses agravos em todos os grupos de mulheres, inclusive adolescentes e jovens.
- Efetivação das ações da Atenção Básica em unidades prisionais femininas (equipes de saúde do sistema penitenciário ou equipes de saúde da atenção básica) e unidades socioeducativas que possibilitem o acesso integral à saúde das mulheres privadas de liberdade, incluindo as ações para prevenção, diagnóstico e acompanhamento dos casos hepatites virais e HIV/aids, conforme o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, e às adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

3. QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

- Fortalecimento dos serviços de atenção básica como um espaço fundamental para ações de prevenção de doenças e agravos, promoção, recuperação e melhoria da qualidade de saúde, o que inclui a efetiva disponibilização de insumos de prevenção.
- Inclusão, nas ações de educação permanente dos/as profissionais de saúde e agentes comunitários/as, do tema direitos sexuais e direitos reprodutivos das

mulheres, em todas as faixas etárias, na perspectiva de gênero e de direitos humanos.

- Promoção de espaços de discussão e de enfrentamento das vulnerabilidades institucionais, abrangendo relações de gênero, violações dos direitos humanos - racismo, sexismo, lesbofobia, transfobia, estigma e discriminação, relacionados à vida com HIV e à pessoa com deficiência, desigualdades socioeconômicas e pobreza, uso de álcool e outras drogas.
- Implementação de ações de fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres vivendo com HIV/aids, lésbicas, mulheres que vivenciam a transexualidade e prostitutas, considerando as agendas afirmativas.
- Estímulo ao cumprimento e monitoramento da pactuação da logística e disponibilização de insumos de prevenção, profilaxia, diagnóstico e tratamento das DST/HIV/aids, a fim de otimizar o fluxo na rede de assistência.
- Implantação e implementação do Sistema Nacional de Informações sobre violência contra a mulher.

4. PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

- Ampliação da participação de mulheres, especialmente adolescentes e jovens, e aquelas que vivem com HIV/aids, na implementação e monitoramento dos Planos Estaduais.
- Ampliação da disseminação e promoção da acessibilidade de informações sobre o Plano para os/as profissionais das diversas áreas envolvidas na sua operacionalização e para a população geral, conforme Decreto Nº 5.296/2004.
- Estímulo e apoio a iniciativas da sociedade civil para a mobilização de mulheres e homens, de todas as faixas etárias, na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, na promoção de um ambiente livre de violência de gênero e no enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST.
- Apoio ao fortalecimento das ações em redes entre os diferentes movimentos de mulheres.
- Desenvolvimento de ações para ampliar a participação e o envolvimento dos homens de todas as faixas etárias, no enfrentamento da feminização da epidemia do HIV/aids e outras DST e todas as formas de violência contra as mulheres.

5. GESTÃO E MONITORAMENTO

- Realização de reuniões de trabalho e/ou oficinas de apoio aos estados para efetivação do Plano e para reforço da capacidade técnica e de gestão local;
- Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações referentes ao Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização das DST/aids e a disseminação pública de seus resultados.

6. FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

- Publicação regular de informações sobre o desenvolvimento do Plano, na página virtual e outras instâncias institucionalizadas e populares de controle social;
- Articulação junto aos Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), outros conselhos e instâncias de controle social, nas diferentes esferas de governo, para a efetivação das ações estratégicas deste Plano, bem como cumprimento de suas metas nas diversas esferas de gestão.

AGENDAS AFIRMATIVAS ²¹

A escuta dos movimentos sociais envolvidos no diálogo entre governo e sociedade civil e a pluralidade de demandas relatadas foi estratégica para a construção das agendas afirmativas. Vale ressaltar que a resposta à feminização da epidemia junto a esses segmentos não se propõe a esgotar com o estabelecimento dessas agendas, mas sinalizam um olhar inicial do processo, que tem como objetivo central dar visibilidade a esses segmentos de mulheres e suas especificidades e contribuir para a construção de estratégias que reduzam as vulnerabilidades, promovendo o enfrentamento da feminização do HIV/aids e outras DST, nas três esferas de gestão.

1 . M u l h e r e s v i v e n d o c o m o H I V / a i d s

Contextos de Vulnerabilidade

A resposta brasileira à epidemia de aids é reconhecida internacionalmente como a “melhor do mundo”, por seu investimento em programas relacionados com a prevenção da transmissão de DST e atenção integral à saúde de pessoas que vivem com HIV/aids. No entanto, diversos são, ainda, os entraves para o real alcance da integralidade das ações dirigidas às Pessoas Vivendo com HIV/Aids, com destaque para as limitações referentes às especificidades da parcela feminina vivendo com HIV/aids. Existem obstáculos que se apresentam desde as dimensões sociais, familiares, individuais e programáticas que tornam mais complexo o viver com HIV/aids por parte de mulheres - jovens, adultas e idosas, em suas diferentes inserções sociais.

Para que esses entraves sejam superados, faz-se necessária a plena visibilidade dos contextos de vulnerabilidade vivenciados por essas mulheres. Dentre esses, evidencia-se a dificuldade de reconhecimento das especificidades das mulheres vivendo com HIV/aids, tais como: direitos reprodutivos não reconhecidos por parte de profissionais, gestores/as e por vezes da sociedade de uma forma geral; assim como os direitos sexuais, invisibilizados pelo estigma que cerca a epidemia de HIV/aids, sobretudo no que se refere às mulheres. Relatos

²¹ Parte integrante do Plano Integrado - versão completa disponibilizada em página da internet.

de mulheres que vivem com HIV referem-se à vivência de sua culpabilização em relação à soropositividade, manifestada pela sociedade em suas diferentes relações sociais e interpessoais.

Tais situações de vulnerabilidade vivenciadas culminam na insuficiência de políticas públicas, bem como nas ações inter e intrasetoriais decorrentes dessas especificidades. Há a ausência de mecanismos de esclarecimentos de dúvidas e mitos relacionados a viver com HIV/aids, o que, na grande maioria das vezes, reforça a necessidade do anonimato para as mulheres vivendo com HIV/aids, e traduzem o contexto de estigmatização e discriminação pelas quais essas mulheres passam no seu dia a dia.

Esse mesmo anonimato e os diferentes aspectos que compõem os contextos de vulnerabilidades vivenciados pelas mulheres vivendo com HIV/aids também provocam uma maior fragilidade na participação do movimento social na formulação, monitoramento e avaliação de programas, planos ou políticas públicas de promoção, defesa ou efetivação de seus direitos. A Agenda Afirmativa, proposta no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, propõe uma série de recomendações - ações estratégicas - para fins de enfrentamento dos desafios identificados.

Ações Estratégicas:

1. Implementação do Plano de Enfrentamento da Feminização da epidemia de Aids e outras DST, com o cumprimento e operacionalização de todas as suas metas e ações estratégicas.
2. Participação ativa de Mulheres Vivendo com HIV/Aids, nos mecanismos de planejamento e controle social do Plano de Enfrentamento à feminização, nas esferas federais, estaduais e municipais.
3. Estímulo à participação do movimento de mulheres vivendo com HIV/aids, na elaboração, implantação e monitoramento do PAM. Promover a participação de mulheres vivendo com HIV/aids, nos espaços formais de elaboração, acompanhamento e avaliação de políticas públicas;
4. Estímulo à participação de PVHA, especialmente mulheres adultas, adolescentes e jovens, nas etapas de formulação, monitoramento e avaliação das políticas, ações, planos ou programas de promoção, defesa ou efetivação de seus direitos.
5. Fomento da articulação das Mulheres Vivendo com HIV/Aids e de diferentes movimentos de mulheres, no compartilhamento de agendas e compromissos, assim como o compartilhamento com outros movimentos sociais, incluindo homens vivendo com aids.

6. Inclusão de temáticas relacionadas a mulheres vivendo com HIV/aids, nos boletins informativos e páginas eletrônicas dos programas de saúde pública e da própria rede de movimentos sociais;
7. Estímulo à inclusão do tema “viver com HIV/aids na perspectiva dos direitos humanos”, enfocando os direitos sexuais e direitos reprodutivos, nas atividades de educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, dando oportunidade à participação das PVHA como colaboradoras no processo;
8. Desenvolvimento de estratégias de comunicação e promoção de acessibilidade, considerando as diferentes formas de diálogo (libra e braile) e comunicação (CD/Mídia/Internet), na realização de campanhas e produção de materiais informativos;
9. Promoção de acessibilidade aos serviços de saúde do SUS para atendimento das diferentes necessidades de mulheres com deficiências em decorrência de aids;
10. Incorporação das singularidades e identidade de gênero, na realização de estudos e pesquisas sobre medicamentos e outros fatores que tenham impacto na saúde e na qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/aids, com vistas a contribuir no aprimoramento de políticas, programas, planos e ações públicas;
11. Estímulo à construção e fortalecimento dos fluxos de referência e contrarreferência dos serviços de DST/aids à outros serviços especializados do SUS para o atendimento de mulheres vivendo com HIV/aids, além de envolver em rede outros serviços de saúde, assistência social, educação e direitos humanos;
12. Inclusão de insumos (preservativo feminino, masculino e gel), nos Planos de Necessidades dos Insumos de Prevenção, considerando as necessidades das mulheres vivendo com HIV/aids;
13. Ampliação e facilitação do acesso a tecnologias e insumos de prevenção (gel, preservativos femininos e masculinos e outros contraceptivos) para mulheres vivendo com HIV/aids;
14. Elaboração de estratégias para favorecer o cumprimento da pactuação dos medicamentos para infecções oportunistas;
15. Promoção de capacidade técnica e estrutural adequadas para a realização de aconselhamento e orientações para melhoria da qualidade de vida, atendendo às especificidades das mulheres vivendo com HIV/aids.
16. Atualização dos documentos sobre aconselhamento com vistas à qualificação dos(as) profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento das necessidades das mulheres vivendo com HIV/aids;
17. Garantia de equidade na assistência às mulheres vivendo com HIV, que é prioritária da política de reprodução assistida do SUS;

18. Fomento do aprofundamento da discussão sobre os direitos reprodutivos, incluindo autonomia de decisão na prática de esterilização cirúrgica;
19. Fomento da realização de estudos, pesquisas ou outras iniciativas que busquem identificar e compreender questões associadas aos direitos sexuais, direitos reprodutivos, problemas relacionados a medicamentos utilizados no tratamento de antirretrovirais e de doenças oportunistas de mulheres que vivem com HIV/aids.

2 . M u l h e r e s p r o s t i t u t a s

Contextos de Vulnerabilidade

Estudos com prostitutas têm demonstrado que o uso inconsistente de preservativos nesses grupos está relacionado à vida sexual com parceiros estáveis não clientes (namorado, marido, companheiro). Sabe-se que com outros grupos populacionais a realidade não é diferente, sendo os aspectos advindos das relações afetivas e sociais o fator principal para a exposição.

Outro elemento de vulnerabilidade está relacionado ao não reconhecimento e não estabelecimento da prostituição como profissão. Na medida em que não se avança nas questões legais de reconhecimento da profissão, não se avança também na garantia de direitos de cidadania.

Nesse campo, uma primeira e importante conquista foi obtida em 2002, com a inclusão da categoria “profissionais do sexo”, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego. Essa conquista representa um relevante passo em direção aos direitos trabalhistas da categoria e para a ampla garantia de direitos e a redução das vulnerabilidades.

As condições de trabalho muitas vezes são estabelecidas de forma desigual, exploratória, com violação de direitos, sendo esses aspectos de grande impacto para a saúde física e mental das prostitutas. Por exemplo, muitas vezes, as mulheres durante a menstruação não podem ficar sem trabalhar, tendo como prática frequente o uso de algodão ou espuma. Outro exemplo está ligado às exigências de trabalho logo após o parto, não tendo as mulheres o direito à licença maternidade.

No campo da saúde, atitudes de estigma por parte dos profissionais dessa área, as limitações de horário, abordagem fragmentada são problemas estruturais que impactam no acesso e na atenção integral.

Tais atitudes estigmatizadoras não são prerrogativa dos profissionais da saúde, sendo também reproduzidas por profissionais de programas sociais e de segurança pública, redundando em uma intolerância na forma do atendimento dirigido a essa parcela da população e na invisibilidade relativa às violações sofridas, como violência física, de gênero, sexual, que são reforçadas pela violência institucional.

Tais questões, não obstante serem centrais para as prostitutas, permanecem invisíveis para a população geral, como pode ser constatado pela sua ausência na agenda dos conselhos deliberativos ou consultivos que atuam na formulação e controle de políticas públicas, no nível municipal, estadual ou federal.

No que diz respeito à realização de estudos, comportamentais ou clínicos, é importante que seja reconhecido que os processos de implantação das pesquisas com a participação de prostitutas devem estar inseridos em uma estrutura local de saúde, de modo a assegurar que as voluntárias do estudo tenham seus direitos de acesso garantidos em termos de prevenção e tratamento, não só nos momentos da pesquisa, mas sim como continuidade de um processo desencadeado.

O enfrentamento de vulnerabilidades exige, ainda, a criação de um ambiente social favorável. O ambiente de trabalho legalizado e a melhoria na atenção em saúde por si só não asseguram a fruição plena dos direitos se essas ações não estiverem inseridas em macroestratégias que favoreçam e promovam a integração e o capital social, valorizando a autoestima e o cuidado entre as prostitutas.

Ações Estratégicas ²²

1. Consideração dos contextos de vulnerabilidade em sua amplitude, quando se tratar do tema prostituição, evitando uma identificação simplista entre o exercício da prostituição e uma maior vulnerabilidade às DST/HIV/aids.
2. Incorporação da discussão de gênero, identidade de gênero e prostituição, nas diferentes agendas governamentais e não governamentais.

²² Para o planejamento de ações do âmbito do plano de enfrentamento da feminização da epidemia de HIV/DST/aids, as recomendações aqui propostas devem ser consideradas para ações tanto com mulheres prostitutas quanto com mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo.

3. Promoção da participação de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, na formulação, regulamentação e implementação de políticas públicas voltadas a esses segmentos.
4. Promoção da desvinculação do tema da prostituição das temáticas relacionadas à exploração sexual de crianças e adolescentes, tráfico de pessoas e turismo sexual.
5. Dar publicidade às discussões que ocorrem no cenário internacional sobre a prostituição.
6. Criação de um Comitê interministerial para discussão e encaminhamentos das questões relativas ao tema prostituição, com a participação da Cultura, Educação, Justiça, Trabalho, Assistência Social, Saúde, Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e a participação do movimento de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, para tratar de assuntos relacionados à prostituição.
7. Promoção da participação de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, na discussão sobre flexibilidade dos horários de funcionamento dos serviços, pactuando e monitorando sua adequada reorganização para atender as necessidades dos segmentos.
8. Promoção e fortalecimento da participação social de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, de forma coletiva, representativa e pública, na construção dos Planos de Ações e Metas (PAM)
9. Promoção e estímulo à participação do movimento social de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, nos espaços de controle social tendo em vista a:
 - Ampliação de participação nos conselhos municipais e estaduais de saúde;
 - Participação nas conferências municipais, estaduais e nacional de saúde e em outros fóruns políticos (educação, cultura, segurança, dentre outros);
 - Efetivo exercício do controle social de modo a garantir confidencialidade sobre o status sorológico das pessoas que exercem a prostituição, conforme preceitua a legislação brasileira;
10. Promoção da participação de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, nos comitês de acompanhamento de pesquisas, qualitativas e quantitativas, de cunho epidemiológico e comportamental.

11. Promoção de ações que favoreçam a criação de um ambiente educacional livre de estigmas contra prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo;
12. Solicitação da realização de audiências públicas para denúncias relativas à violência contra prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo,
13. Proposição à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) da reativação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação, com a inclusão de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo.
14. Que toda a documentação governamental e não governamental dirigida a prostitutas e às mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo divulgue o serviço telefônico 180 (Central de Atendimento à Mulher da SEPM).
15. Realização de levantamento das violações de direitos humanos de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, e da resposta legal dada às mesmas.
16. Apoio à definição e implementação de estratégias para promover uma maior divulgação da Lei Maria da Penha.
17. Fomento e defesa, junto ao Ministério da Saúde e outros setores do governo, da construção de uma Política Afirmativa para a prostituição.
18. Fomento da criação de estratégias, por meio de ações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP) e outros parceiros estratégicos, para garantir a inclusão do tema prostituição na política HumanizaSUS;
19. Garantia do cumprimento e a divulgação na rede de saúde, em todo o território nacional, da obrigatoriedade de inclusão do espaço para o registro do nome social nos prontuários das Unidades de Saúde, conforme a Portaria Nº 675/2006;
20. Sensibilização dos/as gestores/as para a inclusão, nos programas sob sua responsabilidade, do tema prostituição e saúde, como acesso e qualidade da atenção;
21. Que seja cumprida a pactuação de 10% do montante dos recursos do(s) PAM(s) estaduais para apoio das ações desenvolvidas pelas organizações da sociedade civil;
22. Garantia de acesso a insumos de prevenção, com atenção especial aos municípios de interior, para prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade, profissionais do sexo, de acordo com a necessidade e tendo em vista:

- o desenvolvimento de mecanismos de pactuação e monitoramento entre estados, municípios e o movimento social para garantir o acesso a insumos e serviços de prevenção de qualidade;
- o aumento, monitoramento e diversificação das estratégias de distribuição de preservativos, inclusive a partir da implementação de ações de marketing social do preservativo, com a garantia de redução de custo desses insumos;
- a realização de consulta pública sobre a aquisição de insumos (lubrificantes e outros), na concepção de otimização de recursos, inclusive nos PAMs Estaduais e Municipais;
- a intensificação, por meio de campanhas de prevenção, da utilização do preservativo feminino, garantindo a disponibilização desse insumo na rede de serviços de saúde para as prostitutas;

23. Apoio à transferência de tecnologia para a produção do preservativo feminino no Brasil;

24. Garantia da integração entre as políticas e programas de saúde da mulher (planejamento familiar) e DST/aids, para garantia de acesso aos insumos.

25. Desenvolvimento de ações no campo da comunicação e saúde, garantindo o protagonismo e as especificidades desse segmento social, abordando:

- a utilização de preservativos com parceiros fixos, entre casais, problematização das questões associadas à decisão centrada em quem tem mais poder na relação;
- a erotização do uso do preservativo;
- o combate à violação de direitos humanos, inclusive com a criação de material informativo sobre o “passo a passo”, para a formulação de uma denúncia de violência perpetrada contra prostitutas;

26. Promoção, nos congressos e fóruns, da divulgação e troca de experiências das práticas exitosas de serviços de saúde que atendem essa população, garantindo os seus direitos.

27. Incorporação no Plano de Saúde do Sistema Penitenciário, mantendo em perspectiva as especificidades das prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, ações que contemplem:

- a garantia da assistência de saúde
- a promoção dos direitos humanos e a prevenção das DST/aids

28. Promoção da criação de grupo de trabalho nos municípios, com participação do movimento de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade, profissionais do sexo, visando a reconhecer a expertise e a relevância dos conhecimentos de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade, profissionais do sexo nas ações, estratégias e projetos de enfrentamento às DST e aids, direitos humanos e prostituição, criando mecanismo para a sua remuneração, por meio de pactuação com gestor local.
29. Proposição e promoção do compartilhamento do compromisso, preconizado pelo SUS, da atenção integral a prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo, incluindo a atenção assistencial às DST/aids, de forma transversal e associada às ações de prevenção, com os programas sociais desenvolvidos por outros setores ou órgãos governamentais;
30. Intensificação junto ao Conselho Empresarial das ações de prevenção d DST/aids, visando a incentivar o uso de preservativo pelos homens nas relações estáveis e eventuais e promover o seu maior engajamento nesse tema;
31. Qualificação dos profissionais dos serviços públicos de saúde em saúde sexual e reprodutiva, visando a incluir em suas ações e programas o tema da prostituição.
32. Realização de oficinas estaduais sobre direitos sexuais e reprodutivos, reunindo movimentos sociais de prostitutas, mulheres que vivenciam a transexualidade profissionais do sexo e representantes dos setores de Educação, Saúde, Secretarias de Políticas para as Mulheres, movimento feminista e centros de estudos e sociedades de classe envolvidas com o tema, como o Observatório de Sexualidade e Política;
33. Realização de eventos e oficinas sobre prostituição com enfoque em direitos sexuais e aids.

3 . M u l h e r e s q u e v i v e n c i a m a t r a n s e x u a l i d a d e

Contextos de Vulnerabilidade

Historicamente, o grupo populacional de mulheres que vivenciam a transexualidade tem sido relacionado como integrante da categoria epidemiológica HSH (Homens que fazem Sexo com Homens), composta por homossexuais, homens que fazem sexo com homens e travestis. Isso se deve ao fato de que a sociedade, como um todo, não reconhece a identidade de gênero vivida por essas pessoas (independentemente de seus órgãos genitais

de nascimento), bem como o fato de que a transexualidade tem sido equivocadamente considerada um rótulo identificador. Deslegitima-se, assim, a identidade de gênero feminina experienciada por esse grupo populacional específico. Tal contexto resulta na errônea concepção de que essas pessoas não são mulheres, mas “homens que querem mudar de sexo”.

Um aspecto que compõe os contextos de vulnerabilidade e a feminização da epidemia do HIV/aids e outras DST entre essas mulheres é a sua interface com a iniquidade de gênero, que se traduz frequentemente na idealização romântica das relações sexuais e afetivas, “como se as relações a partir do amor fossem capazes de imunizar a pessoa de qualquer perigo ou vulnerabilidade”. Nessa lógica, a possibilidade de práticas sexuais desprotegidas com seus parceiros e/ou parceiras contribui para uma maior exposição ao risco de infecção pelo HIV/aids e outras DST.

O movimento social das mulheres que vivenciam a transexualidade relata que a dificuldade acesso, adesão e permanência na rede de serviços devem-se, principalmente, às situações de discriminação e violência institucional, uma vez que grande parte dos serviços limita-se a enxergá-las e a tratá-las como “homens”, que se refletem ao não reconhecimento de sua identidade de gênero. Tais situações são apontadas como principal causa para o afastamento dessas usuárias da rede do SUS e, conseqüentemente, da descontinuidade da atenção à sua saúde.

Ações Estratégicas:

1. Desenvolvimento de pesquisa, baseadas nas referências teóricas, conceituais e políticas, referendadas pelo movimento social das mulheres que vivenciam a transexualidade, para produção, divulgação e intercâmbio de conhecimento sobre relações de gênero, identidade de gênero, sexualidade, práticas sexuais, violência; prevalência e incidência em DST/HIV/aids, hepatites, percepção, conhecimento e acesso à saúde e autocuidado.
2. Desenvolvimento de linha de base para mensurar avanços e desafios relacionados à saúde sexual, superação de vulnerabilidades das mulheres que vivenciam a transexualidade;
3. Estabelecimento de estratégias de comunicação para adequar e qualificar as referências atuais sobre a vivência da transexualidade, na perspectiva dos direitos humanos e das DST/HIV/aids;
4. Fomento à produção e divulgação de materiais informativos para prevenção das DST/HIV/aids, incluindo a temática de viver com HIV/aids, com a participação do

movimento social organizado das mulheres que vivenciam a transexualidade, voltados para profissionais das redes de serviço e população geral;

5. Ampliação e qualificação do diálogo entre movimento social organizado de mulheres que vivenciam a transexualidade e as diversas áreas programáticas e Secretarias do Governo, em suas três esferas de gestão;
6. Inserção, na Política e Plano de Ação Nacional da Atenção Integral a Saúde da Mulher, de ações voltadas para saúde integral das mulheres que vivenciam a transexualidade.
7. Sensibilização de gestores/as e gerentes do setor saúde, particularmente por meio da COGE (Comitê Gestor dos programas de DST e aids), CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional dos secretários Municipais de Saúde e CIT (Comissão Intergestora Tripartite), para adesão e comprometimento das três esferas de gestão, na elaboração e execução de ações estratégicas que contemplem as demandas em saúde específicas das mulheres que vivenciam a transexualidade.
8. Estímulo à representação do movimento social organizado de mulheres que vivenciam a transexualidade, nas instâncias de controle social e gestão participativa de políticas públicas;
9. Fomento a participação de mulheres que vivenciam a transexualidade no processo de elaboração, execução, monitoramento e avaliação dos Planos locais de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST.
10. Articulação, no âmbito do Ministério da Saúde, para o cumprimento da Portaria Ministerial nº 675/2006, que estabelece a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, promovendo a criação de mecanismos de fiscalização para o seu cumprimento, capacitação de profissionais de saúde para a sua aplicação no cotidiano dos serviços e estratégias de divulgação dessa portaria.
11. Estímulo à qualificação das equipes multiprofissionais da área da saúde, na atenção integral das mulheres que vivenciam a transexualidade, com o aporte do movimento social.

4 . M u l h e r e s l é s b i c a s , b i s s e x u a i s e M S M (m u l h e r e s q u e f a z e m s e x o c o m m u l h e r e s)

Contextos de Vulnerabilidade

A relação entre lésbicas, mulheres bissexuais, mulheres que fazem sexo com mulheres com a feminização da epidemia de HIV/aids e outras DST está intimamente relacionada com cultura e tradições que negam a plena autonomia das mulheres. Em diversos contextos, a sexualidade da mulher ainda é invisibilizada ou entendida como meio para reprodução que advém dessa função social da maternidade heterossexual.

Os reforçadores externos – sociais, políticos e econômicos – presentes na cultura, contribuem para estigmatizar e discriminar e até mesmo segregar qualquer comportamento, atitude ou afeto que se desvia da “norma social”. É justamente sobre esse entendimento de que há apenas uma única forma de se relacionar – o modelo heterossexual – que se assenta o preconceito em relação à lesbiandade e a escassez de insumos que visem à promoção da saúde dessas mulheres.

A consequência dessa invisibilidade recai sobre o não conhecimento da saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres. Muitos/as profissionais da rede de saúde têm dúvidas sobre o manejo do atendimento e encaminhamentos, justamente por reproduzir o modelo da heterossexualidade, nos seus campos de intervenção, cuidado e controle da saúde das mulheres. O resultado dessa cultura é a permanência e a ampliação dos contextos de vulnerabilidade de mulheres que, quando recorrem aos serviços de saúde, não são orientadas adequadamente para o exercício da sexualidade autônoma, segura e protegida.

As lésbicas e as bissexuais permanecem vulneráveis, tanto por sua invisibilidade nos serviços de saúde, quanto pela vulnerabilidade individual e social instaurada pelo modelo heteronormativo, que, além de anular o erotismo da mulher no campo da saúde, está apenas preparado para atuar e intervir quando a relação sexual se estabelece a partir do parâmetro do risco ou não de gravidez.

O medo de não ser compreendida pelo/a profissional de saúde, ou de ser estigmatizada ou discriminada, afasta as mulheres dos serviços de saúde, contribuindo para o desconhecimento do próprio corpo e a baixa adesão às práticas de autocuidado, fatores

que são fundamentais para prevenção de DST, HIV/aids, bem como para a prevenção do câncer do colo do útero e de mama.

Não existe relação sexual cem por cento segura, quando a desinformação e a precariedade dos insumo não atendem à necessidade de um determinado segmento de mulheres.

O combate à discriminação e ao preconceito de qualquer tipo torna-se urgente, uma vez que são sobre os estigmas que se consolidam as mais significativas formas de violência e violação aos direitos humanos. Lésbicas e bissexuais carregam uma carga de estigma que potencializa uma cadeia discriminatória tão severa que faz com que muitas não se percebam com sujeitos de direitos e perdem, assim, o direito ao exercício da cidadania plena garantido pela Constituição Federal.

As estratégias de prevenção urgem por incluir lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com mulheres, independentemente da idéia de conjugalidade. O fato de ter ou não parceira considerada estável não implica na forma do/a profissional de saúde de orientar, informar e cuidar da saúde das mulheres brasileiras.

Por fim, cabe ainda dizer que a vivência da homossexualidade feminina potencializa diversas situações de violência, seja institucional, sexual ou doméstica. A violência gerada pelo exercício da lesbiandade contribui para produção de sofrimentos psíquicos importantes que, associado à lesbofobia programática e familiar, faz com que muitas delas não acreditem ser possível e cabível a vivência saudável da sua sexualidade e o exercício pleno de uma vida saudável.

Ações Estratégicas:

Incentivo a pesquisas científicas e tecnológicas para produção de conhecimento sobre a saúde das lésbicas, mulheres bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres que demonstrem as especificidades de agravo à saúde das lésbicas, mulheres bissexuais e outras MSM em relação às DST/HIV/aids e hepatites virais.

1. Incentivo à produção e ao desenvolvimento de novos insumos de prevenção para DST/HIV/aids e hepatites, para lésbicas, mulheres bissexuais e outras MSM;
2. Desmistificação da crença da “não vulnerabilidade” das lésbicas, bissexuais e outras MSM às DST/HIV/aids;
3. Inclusão de temáticas relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero, nos boletins informativos e nas páginas eletrônicas das entidades de classe que

compõem a equipe multiprofissional, dos programas de saúde, das entidades governamentais e da própria rede de movimentos sociais;

4. Qualificação de serviços de saúde para incorporar as especificidades das lésbicas, mulheres bissexuais e outras MSM, nas ações de aconselhamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento, Serviços de Atenção Especializada e serviços de referência para testagem de DST/HIV/aids e hepatites virais;
5. Inclusão da variável orientação sexual/identidade de gênero nos formulários oficiais da rede de serviços de saúde, principalmente os referentes à colpocitologia oncótica, colposcopia e demais exames ginecológicos e para DST.
6. Implementação da política nacional de reprodução humana assistida no SUS, abrangendo lésbicas, mulheres bissexuais e outras MSM, que inclui reprodução assistida (independente da situação de conjugalidade);
7. Proposição da inclusão da temática de gênero, identidade de gênero e orientação sexual, direitos sexuais e direitos reprodutivos, nos processo de educação permanente das equipes multiprofissionais, no nível estadual e municipal.
8. Incentivo às estratégias de enfrentamento à lesbofobia para a promoção da saúde;
9. Capacitação da rede de atendimento à mulher vítima de violência, com recorte na temática de orientação sexual e identidade de gênero;
10. Implementação da Lei Maria da Penha para a proteção dos direito das mulheres em situação de violência.

MARCOS NORTEADORES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS PARA AS MULHERES

- Constituição Federal Brasileira de 1988: estabelece direitos e garantias fundamentais e reconhece a universalidade do direito à saúde e o dever do Estado de oferecer acesso a esse direito e à igualdade de direitos entre homens e mulheres;
- Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948 – primeiro instrumento universal a consagrar os direitos humanos de homens e mulheres;
- Convenção OIT nº 103, 1953 - dispõe sobre a igualdade de remuneração entre homens e mulheres;
- Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, 1966 – primeiro documento que vincula legalmente direitos humanos, econômicos, sociais e culturais;
- Convenção Americana sobre Direitos Humanos, 1969 - conhecida como Pacto de San Jose da Costa Rica;
- I Conferência Mundial sobre a Mulher, 1975 – teve como ponto central de debate a igualdade entre sexos e a consolidação de mecanismos para a sua promoção;
- Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979 - mais conhecida como CEDAW, trata da discriminação contra a mulher em sentido mais amplo;
- II Conferência Mundial sobre a Mulher, 1980 – convocou os governos a promoverem a igualdade entre os sexos;
- III Conferência Mundial sobre a Mulher, 1985 – aprovadas e adotadas estratégias para o futuro avanço da mulher;
- Declaração e Programa de Ação de Viena, 1993 – consagrou a universalidade, indivisibilidade e interrelação dos direitos humanos;

- Conferência de Cairo sobre População e Desenvolvimento, 1994 – promoveu uma mudança na abordagem dos temas relacionados à população, com foco especial nos direitos humanos, particularmente os direitos das mulheres e formalizou o conceito de “direitos reprodutivos”;
- Convenção de Belém do Pará (1994) ou Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – fórum regional, no âmbito da OEA, que define a violência contra a mulher estabelecendo sua dimensão;
- IV Conferência Mundial sobre as Mulheres - Declaração de Beijing, 1995 - foram assinadas a Declaração e a Plataforma Política;
- Declaração do Milênio das Nações Unidas, 2000 – estabelece oito objetivos de desenvolvimento, incluindo a promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres, como metas a serem alcançadas até 2015;
- Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância (CMR), em Durban (2001);
- Assembléia Especial da Assembléia Geral da ONU sobre HIV/Aids (UNGASS), 2001 - líderes globais se comprometeram com uma ampliação maciça da prevenção, tratamento e assistência ao HIV;
- I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, 2004 – amplo processo participativo que resultou na construção democrática do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

REFERÊNCIAS

AYRES, JR.;França Jr,I.;CALAZANS,GJ.;SALETTi Fo,HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.p. 116-138.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids e DST - Ano V - nº 1 - 27^a - 52^a - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2007 - Ano V - nº 1 - 01^a - 26^a - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalências e Frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Saúde. **Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas.Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e Prevenção nas Escolas**: Diretrizes para a implementação do projeto saúde e prevenção nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Belém do Pará, 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres** (PNPM). Brasília, 2008.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres** (PNPM). Brasília, 2004.

D'OLIVEIRA A. F.; COUTO, M.T.; CARDOSO, M.A.C. Mulheres vivendo com HIV/Aids parceiras de usuários de drogas injetáveis. **Rev. Saúde Pública**, v.41 supl.2 São Paulo dic. 2007, pág. 64.

Fundação Perseu Abramo. **Violência contra a Mulher**. Brasil, 2001. Disponível em: http://www.especiais.com.br/pesquisa_abramo.pdf

LOPES, F. e QUINTILIANO, R. Racismo institucional e o direito à saúde. **Democracia viva**, 2007, n.34. p. 8-16.

LOPES, F.; WERNECK, J. Mulheres jovens negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids: o lugar do racismo. In TAQUETE (org). **Aids e Juventude**: gênero, classe e raça. Ed. Uerj. Rio de Janeiro, 2009 P.244-266

NAPPO S. A; SANCHEZ Z.; OLIVEIRA, L.G.; CORADETE Jr, J.; PACCA, J.C.B; LACKS, V. **. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/aids**. São Paulo: Unifesp/CEBRID, 2003.

NILO, A. **Quando as interfaces nos provocam**. In: NILO, A. (org.). Mulheres Violência Aids: explorando interfaces. Recife: Gestos, 2008. p.17-32.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial Violência e Saúde**. Genebra, 2002.

PAIVA, V. Prevenção positHIVA: atenção psicossocial e emancipação. In: RAXACH, J.C.; MAKSDUD, IVIA; PIMENTA, Cristina; TERTO JR., Veriano. **Prevenção Posithiva**: estado da arte. Rio de Janeiro: ABIA, 2009. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/Politicass%20publicas%208.pdf

Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde, ativistas/organização Engender Health e Unfpa –Nova York: EngenderHealth e Brasília, DF:Unfpa, 2008.

SEGATO, R.L. **Las estructuras elementares de la violencia**. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SOUZA-Jr P.R.B. de; SZWARCOWALD C.L., BARBOSA Jr A. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. **Revista de Saúde Pública**, 38(6):764-772; 2004.

TAQUETTE, S. (org.). **Aids e juventude: gênero, classe e raça**. Ed. Uerj. Rio de Janeiro, 2009.

TIMM, F.B. **Violência Conjugal: uma perspectiva da psicologia feminista no enfrentamento às situações de violência contra mulheres**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica de Brasília, 2008.

UNAIDS - **Relatório UNAIDS 2008**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/pages/LUMIS29D2BB4DPTBRIE.htm>. acessado em maio de 2009.

UNAIDS- Report on the global AIDS epidemic, 2008.

VILLELA, Wilza. Mulher, Violência e Aids: explorando interfaces. In: NILO, A. (org.). **Mulheres Violência e Aids: explorando interfaces**. Recife: Gestos, 2008. p.107-132.

WERNECK, J. P. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: Fundação Nacional de Saúde/ FUNASA. (Org.). **Saúde da População Negra no Brasil**, 2005, p. 315-386.

ANEXO: METAS

As metas apresentadas neste item foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e estão inseridas em políticas, ações, programas e projetos relacionados ao enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST. Embora não sejam metas do Plano Integrado, o seu alcance será decisivo para sua efetivação.

- Ampliar de 138 para 275 municípios, com população acima de 100 mil habitantes, a rede de atenção às mulheres (crianças, adolescentes, adultas e idosas), em situação de violência doméstica e sexual, até 2011.
 - Fomentar, até 2011, a inclusão de ações de enfrentamento à violência sexual e doméstica, em 100% dos Planos de Ações e Metas de Estados e Municípios cadastrados na política de incentivo, dos Programas de DST e Aids.
 - Fomentar, até 2011, a inclusão de ações de enfrentamento à violência sexual e doméstica, em 100% dos estados e municípios que recebem política de incentivo da saúde da mulher;
 - Fomentar a inclusão, até 2010, da temática do enfrentamento da feminização do HIV/aids, no Projeto Integral Básico, nos 15 estados prioritários do Pacto de Enfrentamento da Violência contra a Mulher, conforme previsto no II Plano Nacional de Políticas para Mulheres nos Estados[4]
 - Ampliar, até dezembro de 2011, a compra e distribuição de métodos contraceptivos (anticoncepcionais orais e injetáveis, DIU, diafragma, preservativos) e anticoncepção de emergência, garantindo a cobertura de mais 10 milhões de mulheres em idade fértil, totalizando 21 milhões de mulheres atendidas pelo SUS (Mais Saúde).
 - Adquirir, até dezembro de 2011, 20 milhões de preservativos femininos (PPA de 2008 a 2011), e distribuir conforme o Plano de Necessidades.
 - Realizar, até junho de 2011, um estudo que estabeleça indicadores e estimativas de necessidades para a ampliação do acesso ao preservativo feminino para a prevenção das DST/HIV/aids (Plano de Necessidades Anuais, SICLOM);
-

- Fornecer, até 2011, preservativo feminino para 100% das instituições penais femininas das Unidades Federadas qualificadas no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (Rede de Programação e Rede de Distribuição, SICLOM);
- Fornecer, até 2011, preservativo feminino para 100% dos serviços que atendem pessoas vivendo com HIV/aids (Rede de Programação e Rede de Distribuição, SICLOM).
- Aumentar, até 2011, de 17% para 50% o número de escolas de ensino médio da rede pública que disponibilizam preservativos masculinos (Censo Escolar, 2005);
- Garantir o cumprimento da meta de redução da taxa de transmissão vertical do HIV, de forma escalonada e regionalizada, até dezembro de 2011, conforme previsto no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis (Brasil, 2007);
- Garantir o cumprimento da meta de redução da taxa de incidência da sífilis congênita, de forma escalonada e regionalizada, até dezembro de 2011, conforme previsto no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis (Brasil, 2007)
- Construir, até dezembro de 2011, um protocolo de recomendações para reprodução em pessoas vivendo com HIV/aids;
- Inserir, até dezembro de 2010, no questionário do Qualiaids, indicador de monitoramento e avaliação de disponibilidade de preventivo ginecológico em serviços de atendimento em HIV/aids;
- Elaborar, até dezembro de 2011, protocolo voltado à saúde integral de mulheres vivendo com HIV/aids, incluindo saúde sexual e reprodutiva, promoção à saúde, prevenção, assistência e tratamento (efeitos adversos, adequação de tratamento), com recorte de gênero.
- Fomentar a implantação, até 2011, em 100% das unidades prisionais femininas qualificadas ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, ações para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação das DST/aids.
- Cooperar técnica e financeiramente com os estados para o alcance das seguintes metas:
 - Aumentar, até 2011, de 90,2% para 95%, a proporção de mulheres que relatam, espontaneamente, saber que a relação sexual é uma das formas de transmissão do HIV (PCAP,2004);
 - Aumentar, até 2011, de 35% para 60%, a proporção de mulheres que relatam já terem realizado o teste para o HIV (PCAP, 2004);

- Aumentar, até 2011, de 70% para 90% a proporção de mulheres sexualmente ativa, entre 15 e 54 anos, que referem ter realizados exames ginecológicos e exame de papanicolau nos últimos 3 anos (PCAP, 2004);
- Assessorar, até dezembro de 2011, os 27 Grupos de Trabalho Estaduais na implementação e monitoramento do Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia das DST/HIV/Aids, em âmbito local, incluindo as Agendas Afirmativas.
- Lançar, até dezembro 2009, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia das DST/HIV/Aids, em página virtual, atualizando-o periodicamente.
- Definir e implementar, até dezembro de 2009, mecanismos de monitoramento do “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST”.