



IGUALDADE DE GÊNERO E HIV / AIDS:

UMA POLÍTICA POR CONSTRUIR



SUMÁRIO

RETRATO DE UMA EPIDEMIA PÁGINA 05

OS NÚMEROS DO HIV

A CILADA DO GRUPO DE RISCO

VULNERABILIDADES..... PÁGINA 08

VULNERABILIDADES SOCIAIS

VULNERABILIDADES DE GÊNERO

VULNERABILIDADES POR CAUSA DA VIOLÊNCIA

VULNERABILIDADES DE RENDA E TRABALHO

VULNERABILIDADES INSTITUCIONAIS

SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS PÁGINA 21

MULHERES NEGRAS

MULHERES INDÍGENAS

MULHERES LÉSBICAS

PROFISSIONAIS DO SEXO

TRABALHADORAS RURAIS

MOVIMENTO DE MULHERES E A AIDS PÁGINA 28

PROPOSTAS DA REDE FEMINISTA DE SAÚDE

PLATAFORMA POLÍTICA FEMINISTA E A AIDS

CIDADÃ POSITIVA

COMPROMISSOS & AÇÕES INTERNACIONAIS..... PÁGINA 32

ERA UMA VEZ NO MUNDO

ERA UMA VEZ NO CAIRO

ERA UMA VEZ EM PEQUIM

SESSÃO ESPECIAL DA ONU SOBRE HIV / AIDS - UNGASS / 2001

UNGASS / 2001 - PREVENIR E TRATAR

COOPERAÇÃO NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

RECOMENDAÇÕES PÁGINA 38

QUANTO À SAÚDE

QUANTO À PREVENÇÃO E À ASSISTÊNCIA

QUANTO AO TRABALHO

QUANTO ÀS ESCOLAS

QUANTO À AÇÃO INTERNACIONAL

PARA SABER MAIS PÁGINA 46

RETRATO DE UMA EPIDEMIA

A **Aids - síndrome da imunodeficiência adquirida** - é um processo viral que ataca o sistema de defesa do organismo, abrindo a guarda para infecções e doenças oportunistas. O **HIV - vírus da imunodeficiência humana** - causa a Aids e é transmitido por meio do sangue, de secreções vaginais e do sêmen.

A presença de anticorpos para o HIV no organismo é detectada por meio de teste de sangue chamado Elisa. Nem todo indivíduo infectado pelo vírus apresenta os sintomas da Aids, ele pode passar anos sem desenvolver nenhuma doença oportunista. Daí a designação apropriada de *peçoas vivendo com HIV / Aids*.

Por enquanto, a Aids não tem cura nem vacina. O que existe é o tratamento por meio de uma combinação de anti-retrovirais (conhecido como coquetel), que inibe a reprodução do HIV. O uso dos anti-retrovirais resulta numa melhor qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV / Aids.

Para além das ações no campo da saúde, a pandemia do HIV / Aids é hoje uma questão central na luta pelos direitos humanos, tomando-se muito mais do que a propagação de uma doença infecciosa, de alta letalidade e de alto custo social. No complexo processo de disseminação do HIV, prolifera uma 'epidemia de significados', que leva ao constante enfrentamento de estigmas e discriminações que são obstáculos ao compromisso com a prevenção e com o atendimento digno (Parker, 1999).

OS NÚMEROS DO HIV E AIDS

A informação de que a pandemia da Aids está fora de controle e de que as mulheres são as mais atingidas não é nova, pelo menos para quem vive com HIV / Aids e para quem convive com o seu cotidiano. Recentemente, o Programa das Nações Unidas para Aids / Unaid (www.fnuap.org.br/estrut/serv/unaid/) divulgou dados contundentes: diariamente cerca

de 14 mil pessoas são infectadas no mundo; 20 milhões de pessoas já faleceram e aproximadamente 40 milhões estão vivendo com HIV / Aids. Além disso, se não houver mudanças de procedimentos, até 2010, a doença irá deixar 25 milhões de crianças órfãs.

A pandemia da Aids tem sua maior concentração nos países em desenvolvimento, provocando um grande impacto socioeconômico, notadamente nos países da África Subsaariana, do Leste Europeu, da América Central e da Ásia, onde, sobretudo a população em idade produtiva e reprodutiva, é fortemente afetada.

Segundo projeção da Organização Mundial da Saúde (OMS), 70 milhões de vidas estarão afetadas nos próximos 20 anos caso não seja implementada uma ação eficaz em nível global para deter a propagação do HIV / Aids. Em 1986, com a criação do Programa Especial de Aids da OMS, iniciaram-se as respostas oficiais de luta contra a Aids. Nessas duas últimas décadas, governos e sociedade civil organizada têm empenhado esforços técnicos e de mobilização social para construir respostas para o controle da Aids.

Em 2000, o Brasil contava com 169.872.856 pessoas nascidas e/ou residentes. Dessas, 83.602.317 são homens e 86.270.539 são mulheres (www.ibge.gov.br). O número de casos de Aids já atingiu cerca de 258 mil pessoas, sendo 73 mil em mulheres e 185 mil em homens. A relação passou de 25 homens para 1 mulher infectada, no início do anos 80, para 1 mulher a cada 2 homens. Entretanto, estima-se que alguns milhões portem o vírus sem saber e que, entre as mulheres, a infecção seja crescente.

No ano de 2002, foram notificados 9.495 novos casos de Aids, divididos em 6.031 homens e 3.464 mulheres. Entre os homens, as relações sexuais respondem por 58% como categoria de transmissão, enquanto, entre as mulheres, o número sobe para 86,2%. As transmissões materno-infantil e por transfusão sanguínea apresentaram queda.

Em 1984, a pandemia concentrava-se nas grandes metrópoles, especialmente na região Sudeste, existindo apenas 11 municípios com casos de Aids. Em 2003, ela se alastrou nos municípios pequenos, com mais de 50 mil habitantes, expandindo-se para o interior do

Brasil e avançando nas regiões Norte e Nordeste. São mais de 600 municípios atingidos pela infecção.

A CILADA DO GRUPO DE RISCO

A Aids apareceu no início dos anos 80 como uma epidemia associada aos homossexuais. Mais de um jornal estampou a manchete do *câncer* ou *peste gay*. Logo depois, a síndrome foi também ligada aos usuários de drogas injetáveis, pessoas com várias parcerias sexuais e hemofílicos que passavam por transfusões sanguíneas, criando assim a idéia do “grupo de risco”.

Posteriormente - com a redução da transmissão do HIV entre os hemofílicos, entre alguns grupos de homossexuais e com o início da expansão da epidemia entre a população heterossexual - surgiu o conceito de “comportamento de risco”. Eram os indivíduos com comportamento sexual “promíscuo”, “sem uso de preservativos” ou “usuários de drogas injetáveis”.

Os conceitos de “grupo de risco” e de “comportamento de risco”, utilizados para a compreensão da propagação do HIV, influenciou a construção de políticas e programas de prevenção à Aids e retardou a construção de estratégias de prevenção e de educação mais expandidas. Outro problema da idéia de “grupo de risco” foi o de depositar no indivíduo ou em um determinado grupo a “culpa” pela infecção.

Diante da dinâmica e mudança do padrão de infecção, estes conceitos deram sinais de esgotamento e de seu limitado potencial de intervenção social, visto que acirravam os estigmas e faziam emergir reações de discriminações e de preconceitos.

VULNERABILIDADES

Jonathan Mann e, posteriormente no Brasil, José Ricardo Ayres partiram do pressuposto de que todas as pessoas são vulneráveis à infecção pelo HIV. Isto é, a vulnerabilidade é maior ou menor dependendo do ambiente, dos valores pessoais, dos níveis de exclusão social, cultural e econômica. Acrescentaram que, diante da soropositividade, a vulnerabilidade ao adoecimento está associada à qualidade de vida, aos serviços públicos oferecidos e à sociedade civil organizada.

Constrói-se, então, um conceito que relaciona um conjunto de ações para o enfrentamento da Aids, considerando: vulnerabilidades individuais, vulnerabilidades do contexto social, e vulnerabilidades institucionais. O paradigma da "vulnerabilidade" torna-se a base de muitas das ações e estratégias nos campos governamental, acadêmico e da sociedade civil organizada (Mann, 1992).

VULNERABILIDADES SOCIAIS

Segundo dados epidemiológicos, há duas décadas, a epidemia se concentrava entre classes sociais com melhor poder aquisitivo. Entretanto, no início dos anos 90, os estudos revelaram que o padrão de contaminação passava por grandes mudanças: novos casos de Aids cresciam entre a população mais pobre, sendo esta, hoje, a mais afetada.

Neste contexto, as mulheres são as mais vulneráveis. Tomando os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio Pnad, 2001 – (<http://www.ibge.gov.br/mtexto/pnadcoment.htm>): 71,3% da população feminina ocupada recebe até dois salários mínimos, enquanto, entre os homens, essa porcentagem cai para 55,1%.

Os dados são mais desfavoráveis quando relacionados à população negra, na qual chefes de família brancos com escolaridade equivalente recebem remunerações médias com variações de praticamente 100% em detrimento dos negros (Bastos, 2001). Do contin-

gente populacional, 30,73% da população branca vive em condições de indigência no Brasil, enquanto a população negra soma 68,85%. Entre a população adulta com menos de quatro anos de estudo, 35% são brancos e 46,9% são negros.

Quanto à disseminação do HIV / Aids, os dados do Ministério da Saúde, até 2002, não notificavam raça/etnia, dificultando políticas dirigidas para essa população, como também para a população indígena.

Na área rural, onde se concentram 18% das mulheres brasileiras, a realidade não é diferente, sendo agravada diante de fortes desigualdades de gênero. Pesquisa feita pela Casa da Mulher do Nordeste, em área de assentamento de reforma agrária, apontou que 80% das mulheres são donas de casa e "ajudantes de agricultor", revelando que elas não recebem remuneração pelo seu trabalho, muitas vezes igual ao dos homens e com a sobrecarga da dupla jornada.

Acrescente-se a isto os impactos do modelo de desenvolvimento implantado nas duas últimas décadas, que impôs uma reforma de Estado por meio de privatizações, de diminuição dos serviços públicos, de desregulação do mercado e de restrição à implantação de políticas públicas universais que visam ao bem-estar social.

Enfim, quando os países implantam o modelo neoliberal, as mulheres sofrem maior impacto, pois são as primeiras a terem seus empregos precarizados, aumentando o contingente da mão de obra no mercado informal mal remunerado. Também são as primeiras a sentirem a precarização das políticas sociais.



VULNERABILIDADES DE GÊNERO

Com o crescimento da transmissão da infecção do HIV via relações heterossexuais, aumentaram rapidamente os casos de transmissão entre as mulheres. No entanto, foi só a partir dos anos 90 e mais intensamente nos últimos cinco anos, que as questões específicas das mulheres quanto ao HIV / Aids tomaram relevância. (Barbosa, 2003)

No Brasil, apesar do significativo aumento da oferta de preservativos, eles não estão acessíveis a toda a população. Como agravante, muitas mulheres têm dificuldade em negociar o uso da camisinha com os parceiros, ora por se considerarem protegidas em decorrência de relações estáveis, ora porque a exigência para que o parceiro use preservativo pode acarretar violência, ou a ameaça de rompimento da relação. Há também o mito do amor romântico, no qual uma grande paixão é maior do que qualquer risco.

Por outro lado, há a cultura machista, que faz mal às mulheres e complica a vida dos homens, quando prega a penetração como o *verdadeiro* sexo e vê a camisinha como um traste que incomoda e dificulta a ereção. Somando esses fatores, um número considerável de homens não usa camisinha por considerar que jamais adoecerão.

Na perspectiva da construção cultural, Guimarães (1996) ressalta que as dificuldades associadas à negociação de práticas sexuais seguras não se resumem somente à discussão sobre sua adoção. Segundo a autora, para possibilitar um espaço propício para tais discussões, é necessário o confronto com questões mais complexas, relacionadas a uma gama de representações sociais que permeiam o exercício das diferentes sexualidades e que se encontram marcadamente presentes nas inter-relações de gênero. Nelas, em oposição a uma cultura positiva da masculinidade, encontra-se uma cultura feminina marcada fortemente pelo silêncio, pelo conformismo e pelo ocultamento, "para as mulheres envolvidas em relacionamentos tradicionais é reservado o silêncio".

O movimento de mulheres e algumas instituições acadêmicas, ao analisarem os efeitos das desigualdades de gênero para a saúde das mulheres, têm observado que, ao



longo da história brasileira, os modelos de saúde pública responderam de forma insatisfatória às necessidades das mulheres no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo para a expansão da epidemia do HIV / Aids entre as mulheres.

Um exemplo de violação dos direitos sexuais e reprodutivos diz respeito às mulheres esterilizadas. Depois de décadas de uma política de controle natal que favoreceu a esterilização, notadamente no Nordeste, estima-se que o número de brasileiras esterilizadas seja bem alto. A imensa maioria que passou pela esterilização não usa preservativos, uma vez que a prevenção à gravidez está definitivamente resolvida. Em contrapartida, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e o HIV / Aids encontram na desproteção um terreno ótimo para se instalarem.

Também há um forte apelo para o uso do contraceptivo oral, que, entre outras conseqüências, desestimula a negociação entre os parceiros e põe nos ombros da mulher toda a responsabilidade pela prevenção da gravidez e das ISTs.

Apesar das dificuldades de construção de estratégias para mudanças de atitude diante da proteção à infecção do HIV / ISTs, muitas ações estão sendo criadas para ampliar o acesso ao preservativo masculino, como também estão sendo incrementadas ações que criem respostas imediatas para as mulheres. Entre elas estão a introdução de alternativas de proteção e ampliação da oferta de preservativos femininos e o desenvolvimento de microbicidas (espécie de gel capaz de evitar as ISTs e o HIV) que aumentariam sobremaneira a autonomia das mulheres, uma vez que poderão substituir a camisinha de látex. No entanto, tais mudanças só serão efetivas se ações educativas e políticas públicas estabelecerem seu foco no campo das transformações sociais e culturais.

O que se coloca para o movimento de mulheres e para o movimento feminista é a utilização da categoria de gênero tanto para compreender o impacto da Aids nas mulheres, como para a construção de políticas públicas que possibilitem a ampliação do poder das mulheres no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Ou seja, ter ou não ter filhos, ter acesso aos diversos meios contraceptivos e poder usá-los sem coerções ou constrangimentos.



Relacionar-se livremente com quem desejar e desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos. É necessário pensar em políticas de bem-estar social para além da saúde, pois os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos, isto é, são universais, integrais e inalienáveis.

VULNERABILIDADES POR CAUSA DA VIOLÊNCIA

A violência contra as mulheres extrapola raça/etnia, país de origem, classe social, grau de escolaridade. Segundo dados da pesquisa “A mulher brasileira nos espaços públicos e privados”, realizada pela Fundação Perseu Abramo (www.perseuabramo.org.br/nop/nop.htm) com 2.502 entrevistadas de todo o país em 2001, o índice de mulheres agredidas alcançou a marca de 43%. Desse total, 33% admitem ter sofrido violência física (incluindo agressões e estupro conjugal), 27% sofreram violência psíquica e 11% reclamaram de assédio sexual.

No *Dossiê Violência contra a Mulher*, da Rede Feminista de Saúde (www.redesaude.org.br/dossies/html/body_vi-panorama.html), está escrito que a forma mais comum de violência contra a mulher parte do marido ou parceiro, ou seja, ela acontece dentro de um espaço íntimo (da porta para dentro). Por essa razão, a violência contra as mulheres é também chamada de violência doméstica ou intrafamiliar:

As mulheres vítimas de violência costumam silenciar ou fingir que nada está acontecendo. A maioria leva anos até pedir ajuda. Quando resolvem denunciar o sofrimento, passam a enfrentar inúmeros obstáculos urdidos pelo machismo, por uma legislação branda em relação ao agressor e por um caldo social sexista, hipócrita e conformista.

A violência, além de física, é também moral. Mulheres agredidas continuamente costumam apresentar baixa auto-estima, fobias e várias manifestações de insegurança. *Será que eu valho a pena?* A baixa auto-estima tem conseqüências graves e infelizmente pouco pesquisadas. No entanto, parece óbvio que quem apanha e/ou é humilhada dentro de casa procura muito menos formas de bem-estar; entre elas, a atenção à saúde.

No Brasil, o serviço de saúde está pouco preparado para identificar mulheres que sofrem violência doméstica. Entretanto, parece evidente que vítimas de violência têm menos condições de negociar o uso de preservativos nas relações sexuais. A violência deixa a mulher mais vulnerável ao HIV / Aids e a soropositividade provoca violência. Por trás de tudo isso, estão a desigualdade de gênero e a necessidade premente de abordagens que integrem a violência contra a mulher e a ocorrência do HIV / Aids.

A Organização Mundial da Saúde / OMS publicou, em 2000, os resultados de algumas pesquisas nas quais o HIV / Aids e a violência contra a mulher não só interagem como se reforçam. Algumas conclusões foram: o sexo forçado expõe as mulheres ao HIV; a violência e sua ameaça limitam a capacidade de negociar o sexo seguro; a revelação da condição de soropositiva ao companheiro ou a terceiros pode aumentar o risco de violência.

Reconhecer o vínculo entre HIV / Aids e violência contra a mulher deve fazer parte das políticas de saúde, de educação e sociais. Para terem sucesso nessa trabalhosa empreitada, as capacitações; os procedimentos; os protocolos dos profissionais da saúde, da justiça e da educação devem incluir a promoção e a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como esforços para que haja justiça de gênero.

As prevenções e os tratamentos da violência contra a mulher e do HIV / Aids não são de responsabilidade exclusivamente individual. Trata-se de um compromisso coletivo em criar condições nas quais mulheres e homens sejam responsáveis. O Estado e as organizações da sociedade civil não devem medir esforços para inibir práticas discriminatórias na sociedade, entre elas, a violência perpetrada contra mulheres e meninas.

VULNERABILIDADE DE RENDA E TRABALHO

Um aspecto importante da vulnerabilidade feminina são as formas desiguais de inserção de homens e mulheres no mercado de trabalho. A proporção de mulheres nos trabalhos domésticos e nas ocupações não remuneradas é bem mais significativa do que



entre os homens. As mulheres também são maioria nos trabalhos em tempo parcial, ocasionais ou sazonais.

O serviço doméstico que, em 1992, era a quinta ocupação das mulheres, em 2001, tornou-se a segunda, pulando de 3,6 milhões para 5,3 milhões de trabalhadoras. Na ponta do lápis: um aumento de 47%. O trabalho doméstico é de uma precariedade assustadora: em 2001, somente 25,88% das trabalhadoras domésticas tinham carteira assinada. Afora isso, em flagrante discriminação, a categoria tem menos benefícios sociais do que as outras.

Mesmo fazendo um trabalho igual ao dos homens ou apresentando escolaridade igual ou maior que a deles, as mulheres recebem menos dinheiro.

Segundo o IBGE, a escolaridade não resulta em equidade de rendimentos entre mulheres e homens. As mulheres com até 3 anos de estudos ganham 61,5% do rendimento médio da população masculina com este mesmo grau de escolaridade. Mulheres que estudaram 11 anos ou mais ganham 57,1% do que recebem os homens com o mesmo tempo de estudos.

Exemplo ilustrativo é o caso das bancárias, que representam 45% da força de trabalho do setor; apresentam boa escolaridade e, mesmo assim, são destinadas às funções de menor remuneração. O raciocínio é simples: concentrar as trabalhadoras na base da pirâmide. A maioria das bancárias são atendentes, caixas, operadoras de serviços telefônicos, secretárias, digitadoras. Mesmo quando alcançam o cargo de gerentes, cuidam de *peças físicas*, enquanto os gerentes homens trabalham com *peças jurídicas*. Ou seja, eles têm planos de carreira melhores e ganham sempre mais do que elas.

Além disso, as mulheres permanecem menos tempo empregadas do que os homens. Entre os motivos figuram os assédios sexuais e morais, além de discriminações de gênero. Apesar de as leis trabalhistas protegerem a gestação e a maternidade, é comum a exigência ilegal de testes de gravidez para a admissão e mesmo para a demissão da trabalhadora um tempo depois da licença-maternidade. Esses são direitos da mulher trabalhadora desrespeitados pelo país afora.

Quanto ao HIV / Aids, por pressão do movimento social, foram editadas leis e portarias que asseguram os direitos de pessoas soropositivas. Existe a proibição expressa de teste sorológico para Aids em razão de admissão em emprego. Mas, na prática, muitos dispositivos legais são burlados. Exemplo de desrespeito à lei são as Forças Armadas do Brasil, que têm afastado soropositivos da ativa.

Quanto às trabalhadoras, entre as mais desrespeitadas estão as empregadas domésticas, comumente demitidas quando revelada sua soropositividade. Muitas, sem carteira assinada e sem recorrer ao sindicato, caem numa grande precariedade de vida. Mesmo as que possuem carteira assinada não têm acesso a direitos conferidos a outros trabalhadores como, por exemplo, o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS.

O relatório da OIT *Repertório de Recomendações Práticas sobre o HIV / Aids e o Mundo do Trabalho* ressalta que o trabalho desempenhado pelas mulheres - remunerado ou não - é mais facilmente interrompido pela Aids. Elas ficam ainda mais vulneráveis, pois dominam o setor informal, em que os empregos não são cobertos pelo seguro social nem por quaisquer benefícios de saúde ocupacional. Assim, o conjunto das medidas de prevenção à Aids e de apoio às pessoas soropositivas, nos locais de trabalho, têm se revelado insatisfatório para as mulheres, pois exigem um padrão de equidade de gênero que está longe de ser efetivado no Brasil.

Entre uma série de recomendações da OIT para melhorar a vida das pessoas vivendo com HIV / Aids no ambiente laboral estão: os empregadores/as devem construir políticas para o local de trabalho que combatam práticas discriminatórias e devem enfatizar a prevenção do HIV / Aids. Em relação aos empregados/as soropositivos(as), os empregadores/as devem respeitar seus direitos e estimular a solidariedade. Para que tudo isso dê certo, são necessários fluxo de informações qualificadas, campanhas, capacitações e sensibilizações.

A OIT também recomenda que as ações e programas, no mundo do trabalho, em particular, e na sociedade, em geral, devem ser sensíveis às questões de gênero com o objetivo de minimizar as vulnerabilidades das mulheres. Propõe a educação do sexo seguro

para homens e mulheres, a divulgação de direitos trabalhistas e o incentivo a relações compartilhadas entre os sexos.

Esse é um trabalho conjunto, isto é, envolve empregadores e empregados, associações patronais e sindicatos de trabalhadores. Também envolve responsabilidades governamentais quanto ao cumprimento de acordos internacionais e das proposições do movimento social e de mulheres.

VULNERABILIDADES INSTITUCIONAIS

Desde seu surgimento, a Aids foi considerada uma questão de saúde pública e a maioria das respostas do governo brasileiro esteve inserida dentro da política de saúde.

Na Constituição, promulgada em 1988, o direito ao atendimento à saúde tornou-se universal. Anteriormente, somente contribuintes do então Instituto Nacional de Previdência Social / INPS tinham atendimento no serviço público de saúde. As demais pessoas eram tratadas como indigentes. Para garantir o atendimento universal à saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde / SUS, cujos princípios, entre outros, são: universalidade, equidade e integralidade. O SUS realiza ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde. Politicamente, sua implantação deve ocorrer com a participação da sociedade civil, por meio do controle social.

No entanto, apesar dos avanços, o SUS ainda está sendo estruturado e, atualmente, a atenção básica - educação e prevenção - é o foco de grande investimento do governo e o lugar privilegiado onde se concentra grande parte das ações de saúde da mulher. É também na atenção básica que se encontram as maiores dificuldades para resolver os graves problemas da saúde das mulheres.

A reorganização do sistema de saúde, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde / Pacs e do Programa de Saúde da Família / PSF, possibilitou a ampliação das ações educativas e de prevenção e aumentou o acesso aos serviços de saúde. Entre-

tanto, os profissionais de saúde sentem dificuldades em trabalhar com questões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos. Por outro lado, como diz Arilha (2002): "a facilitação do enfrentamento da epidemia implica trabalhar de maneira mais eficaz com o gênero. As políticas governamentais reconhecem as desigualdades e especificidades de gênero, mas tanto a busca da redução da pobreza estrutural quanto a abordagem mais aprofundada de gênero implicam ações mais radicais".

Uma pesquisa levada a cabo em todas as capitais brasileiras, realizada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo / USP, traz números preocupantes. Intitulada *Estudo da Mortalidade Feminina de Mulheres de 10 a 49 anos no Brasil*, a pesquisa aponta que, entre as mortes por causas infecciosas, a Aids é a principal, atingindo 61,2%.

Um dos problemas, observado pelo movimento de mulheres, é a falta de interface entre as ações de planejamento familiar; de prevenção do câncer de colo do útero, da assistência ao aborto incompleto e da assistência às mulheres vítimas de violência e a política de prevenção à Aids.

A política dirigida às mulheres passou a priorizar a prevenção da transmissão vertical do HIV. Assim, tal problemática colocou no centro da atenção a necessidade de uma melhoria das políticas de assistência ao pré-natal, visando à prevenção da transmissão vertical e a uma série de outros aspectos importantes associados à saúde reprodutiva.

A partir de 1998, o Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) promoveu várias medidas de incentivo ao acesso ao pré-natal e de incremento de sua melhoria. Criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento / PHPN, que, entre outras medidas, recomenda o aconselhamento ao teste anti-HIV e a assistência às grávidas soropositivas. Entretanto, muitas gestantes ainda não têm acesso a essas medidas, pois os profissionais de saúde não as situam no campo da vulnerabilidade. Quando isso ocorre, o acesso é dificultado, porque em muitos municípios a coleta de sangue para o exame não é descentralizada.



Em que pese à prevenção da transmissão vertical ser considerada prioridade pelo Ministério da Saúde e apesar dos esforços do SUS para disponibilizar o tratamento correto, a verdade é que muitas brasileiras ficam sem a cobertura adequada no pré-natal. O movimento de mulheres tem denunciado que o programa pré-natal apresenta uma abrangência insuficiente. Em alguns estados da Federação, ele chega a somente 20% das gestantes. Outra demanda é para a melhora de qualidade do pré-natal. Parece óbvio que não basta criar portarias, programas e protocolos. É preciso capacitar as pessoas que irão lidar com essas portarias, programas e protocolos.

Em 2002, o Ministério da Saúde criou o Projeto Nascer, cujo objetivo é controlar a transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita e reduzir a morbi-mortalidade entre as gestantes que não foram testadas durante o pré-natal. Sendo uma ação integrada entre a Área de Assistência à Saúde Reprodutiva das Mulheres e a Coordenação Nacional de DST/Aids, as ações do Projeto Nascer são dirigidas às mulheres no momento do parto. Assim, durante sua estada na maternidade, são oferecidas, após aconselhamento, realização do teste rápido para detecção da infecção pelo HIV para as gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal. Caso o teste seja reagente, deverão ser realizadas, imediatamente, as medidas terapêuticas cabíveis.

O Projeto Nascer oferece a fórmula infantil, alternativa ao leite materno, para as crianças nascidas de mães soropositivas, reduzindo a probabilidade da transmissão vertical do HIV (Portaria nº 2104/GM de 2002). Este procedimento tem gerado alguns protestos, pois muitas gestantes são avisadas de sua soropositividade apenas na hora do parto. Não é difícil imaginar o impacto da notícia para a gestante e a pressão sobre ela para que decisões sejam tomadas rapidamente. Além disso, gestantes soropositivas costumam viver o preconceito e a conseqüente discriminação tanto de profissionais de saúde não preparados quanto do parceiro, colegas, conhecidos e familiares.

O movimento feminista critica o Projeto Nascer por ferir o protocolo do parto humanizado, que explicita: no momento do parto, as mulheres não podem tomar deci-

sões sobre procedimentos que não tenham sido previamente conversados, sendo assim, a solicitação do teste anti-HIV na hora do parto é uma violação desse direito. É fundamental que o conhecimento sobre a sorologia durante a gravidez aconteça no pré-natal e não na hora do parto.

A pergunta é: até que ponto essas ações reforçam o binômio materno-infantil e não avançam na política de prevenção à Aids em relação aos direitos reprodutivos e sexuais? Um outro campo de vulnerabilidade: apenas recentemente as mulheres foram consideradas uma população que merecia atenção das políticas de DSTs / Aids. Em conseqüência, muitas mulheres são diagnosticadas tardiamente. As queixas recorrentes de ISTs ou de um câncer de colo uterino de rápida progressão nem sempre são associadas a uma investigação de HIV. Além disso, ainda são raros os serviços de atendimento ginecológico especializado para mulheres soropositivas, apesar de ser uma reivindicação antiga dos movimentos sociais.

Um outro problema vivido pelas mulheres soropositivas é a reinfecção. Uma pessoa soropositiva, se fizer sexo desprotegido com parceiro(a) soropositivo(a), pode infectar-se novamente. Isso acontece porque existem subtipos de HIV. Por exemplo, a pessoa está tomando o coquetel antiaids para seu tipo de HIV. Ao reinfetar-se com um outro tipo do vírus, o medicamento pode simplesmente deixar de funcionar. A pessoa corre o risco de uma falência terapêutica, que poderá acarretar aumento da carga viral e, conseqüentemente, a piora em seu estado de saúde e até mesmo a morte. Não é preciso muito esforço para concluir que as mulheres, ao terem dificuldade na negociação do uso da camisinha, mesmo quando soropositivas, correm franco risco. A reinfecção, que pode minimizar ou anular os efeitos dos anti-retrovirais, contribui para a mortalidade em decorrência da Aids.

Por fim, com uma política elogiada internacionalmente, o Programa Nacional de DST / Aids garante, por meio do SUS, atendimento qualificado e medicamentos anti-retrovirais às pessoas vivendo com Aids. Não há dúvida de que grande parte do sucesso do Programa Nacional de DST e Aids deve ser creditado à intensa mobilização de organizações não governamentais: grupos que trabalham diretamente com pessoas vivendo com HIV / Aids,



organizações pelos direitos homossexuais, movimento feminista, movimento em prol dos direitos humanos. Também merecem créditos as contribuições significativas de pesquisadoras(es) em várias áreas do conhecimento, que têm realizado uma considerável produção acerca do HIV / Aids.

No entanto, em que pese ao sucesso do Programa e do envolvimento de vários atores sociais, as respostas para as mulheres no tocante à prevenção, ao tratamento e à solidariedade, não são satisfatórias.



SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS

Se nenhuma pessoa é igual a outra, é necessário precisar o que estamos dizendo ao usarmos a categoria *mulheres*. O que justifica empregarmos o termo “*as mulheres*” é um conjunto de situações e estados comuns. Por exemplo, a violência contra as mulheres é um flagelo mundial. Passeia entre as nacionalidades, raça/etnia, culturas, classes sociais e orientação sexual. Várias outras formas de discriminação atingem, em graus diferentes, mas sempre presentes, todas as mulheres do mundo.

A feminização do HIV / Aids também explicita circunstâncias, expectativas e ações comuns às mulheres. Um elenco de atribuições de gênero, boas e ruins, configura a identidade do “ser mulher”. Mas tão importante quanto as semelhanças, são as diferenças. Apesar das recorrentes histórias de violências e discriminações, circunstâncias de raça/etnia, profissão, opção sexual, entre outras particularidades, fazem diferença.

MULHERES NEGRAS

O Brasil tem uma dívida histórica para com a população negra. Por anos a fio, foi dificultado, ou mesmo negado, o acesso de milhões de afrodescendentes aos bens sociais. Não é à toa que a maioria das brasileiras negras (45% da população feminina) está na base da pirâmide socioeconômica. Em 1997, as brancas tinham a esperança de vida de 71 anos e as negras, de 66 anos. Ou seja, as negras tinham expectativa cinco anos menor do que as brancas. Sabemos que a longevidade está diretamente relacionada com a qualidade da vida. Também cabem às mulheres negras postos de trabalho desprestigiados e a maior fatia do desemprego.

O HIV / Aids traz riscos adicionais para a população afrodescendente, em especial para as mulheres negras. Negros e negras estão mais sujeitos à violência estrutural, presente nas comunidades pobres e remanescentes de quilombos. Faltam moradias dignas,

equipamentos sociais, saneamento básico, empregos e perspectivas de crescimento tanto pessoal quanto socioeconômico.

Em 2001, por iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento / Pnud e da Organização Pan-Americana de Saúde / Opas, com o apoio do Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional/ Dífid, foi articulada, com autoridades sanitárias, universidades, centros de pesquisa, movimentos sociais, conselhos e associações profissionais de saúde, a elaboração de um documento acerca da Política Nacional de Saúde da População Negra. Esse documento, publicado em 2002, significou um empurrão para que a temática racial seja, finalmente, incorporada às ações de promoção da equidade em saúde.

Outra ação relevante foi o debate impulsionado a partir do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas contra o Racismo. Seu objetivo foi contribuir para a dimensão racial/étnica na construção de uma agenda nacional de políticas públicas orientadas para a não-discriminação e o respeito da diversidade da sociedade brasileira.

Levando em conta as doenças, os agravos e as condições mais frequentes da população negra, é relevante considerar as condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas - crescimento, gravidez, parto, envelhecimento - como também as precárias condições socioeconômicas da população negra, que interferem significativamente nas diferentes etapas do ciclo vital e que podem contribuir para a evolução de doenças, em consequência da desatenção às suas especificidades como grupo historicamente discriminado. Dentre outros agravos, a maioria das taxas de mortalidade materna entre mulheres negras está associada à falta de acesso ao pré-natal e ao parto com assistência adequada, bem como a possíveis complicações derivadas da hipertensão ou da doença falciforme, não diagnosticadas pelos serviços de saúde.

Quanto aos princípios do SUS, é necessário reforçar a importância das especificidades da população negra em uma ação baseada nas seguintes recomendações:

- Produção de conhecimento científico no campo da saúde da população negra.

- Capacitação de profissionais de saúde visando a mudanças de comportamento para atender às peculiaridades do processo saúde-doença da população negra.
- Informação para a população negra acerca de seus riscos de adoecer e morrer; facilitando a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e a prevenção de doenças.
- Atenção à saúde da população negra nas rotinas assistenciais, incluindo práticas de promoção e educação em saúde, e facilitando o acesso em todos os níveis do sistema de saúde.

MULHERES INDÍGENAS

As mulheres indígenas, recenseadas em 2000, representam menos de 1% da população feminina brasileira. Em geral, são muito pobres, com graus avançados de vulnerabilidade. Seus direitos humanos são amplamente ignorados ou mesmo aviltados. Quando desenhadas as políticas públicas, as mulheres indígenas são comumente esquecidas em suas especificidades.

O Programa Nacional de DST e Aids tem proposto algumas ações para essa população. O primeiro passo são os esforços de articulação entre o SUS, a Fundação Nacional do Índio (Funai) e ONGs voltadas para a questão indígena. O centro do trabalho é a capacitação de agentes e professores indígenas para desenvolverem ações de prevenção a doenças em geral e ISTs/ HIV/ Aids, em particular.

Há também a preocupação em realizar inquéritos de soroprevalência - número de soropositivos num certo grupo populacional, em período de tempo e lugar definidos - para identificação de risco e exposição ao HIV / Aids. Por fim, é necessária uma maior e mais qualificada produção de conhecimento relacionada à saúde das mulheres indígenas, bem como aos seus direitos.

MULHERES LÉSBICAS

Por tudo o que é conhecido acerca dos riscos de transmissão do HIV / Aids, está comprovada a existência de poucos casos entre lésbicas. Contudo, é sabido que o sexo entre mulheres ainda é tratado com muito preconceito pela medicina e, portanto, estes dados podem estar relacionados a uma falta de conhecimento sobre as formas de riscos e de prevenção do HIV / Aids entre lésbicas. Por exemplo, recente pesquisa com lésbicas norte-americanas notificou um número considerável de casal lésbico sorodiscordante, isto é, quando apenas uma das parcerias é soropositiva.

Recentes informações da ONU dão conta de que 98% da contaminação entre MSM (mulheres que fazem sexo com mulheres) decorrem do uso de drogas injetáveis e sexo com homens sem proteção. No Brasil, temos notificados, nos últimos 15 anos da epidemia, 429 casos de lésbicas infectadas por HIV.

Também o movimento de mulheres não pode se furtar aos seguintes questionamentos: de que maneira o sentimento homofóbico influencia as práticas governamentais, institucionais e profissionais em relação aos programas de prevenção e controle da epidemia da Aids? De que maneira a lesbofobia pode tornar as lésbicas mais vulneráveis à infecção do HIV / Aids?

PROFISSIONAIS DO SEXO

Em 2001/2002, o Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília (UnB), por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, realizaram a pesquisa *Avaliação de Práticas Educativas no Trabalho com Profissionais do Sexo*. O objetivo foi ampliar o conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção das DSTs /Aids a fim de promover estratégias de maior adoção de práticas sexuais com proteção.

O relatório da pesquisa descreve as ações implementadas por oito entidades, sendo seis pertencentes à sociedade civil, uma de ensino superior e outra vinculada a um

programa estadual de DSTs /Aids. A pesquisa aponta algumas recomendações para reforçar e aperfeiçoar os projetos de intervenção educativa voltados para as mulheres profissionais do sexo.

No âmbito individual - conhecimentos, atitudes e práticas de risco:

- Trabalhar alguns mitos no tocante a formas de transmissão do HIV ou práticas que aumentam a segurança, como o uso de mais de um preservativo para aumentar a proteção.
- Trabalhar aspectos da solidariedade e dos medos relacionados aos portadores do HIV / Aids, particularmente quando se trata de soropositividade em uma trabalhadora do sexo.
- Discutir o não-uso do preservativo nas relações em que a afetividade está presente, seja com o companheiro ou namorado, seja com clientes preferenciais ou fixos.
- Tratar o tema da distribuição gratuita ou de marketing social do preservativo, levando em conta os aspectos de descontinuidade ou interrupção dessas ações e suas implicações.
- Elaborar material instrucional adequado às profissionais do sexo, nos aspectos de linguagem e conteúdo. Utilizar técnicas de validação dos materiais junto ao público-alvo para aferir sua capacidade de comunicação e informação.

No âmbito do coletivo - estigma e identidade profissional:

- Discutir o estigma como parte da proposta pedagógica voltada para as profissionais do sexo, imprescindível para romper o isolamento com vistas à estruturação da identidade de grupo e sua associatividade.
- Discutir as diversas formas de legitimação da profissão: legalização e auto-organização.
- Trabalhar questões relacionadas às repercussões da queda do comércio sexual e sua influência sobre a vulnerabilidade do grupo, enfocando os aspectos negativos da concorrência (não-uso do preservativo, redução do preço dos programas).

- Estimular a discussão da necessidade de ação coletiva para neutralizar os fatores desfavoráveis à categoria, no âmbito do mercado sexual, estabelecendo estratégias e formas de enfrentar essas questões.
- Promover espaços de sociabilidade a fim de contribuir para o fomento da solidariedade e de trocas no campo afetivo.
- Articular projetos e ações com movimentos sociais que tenham interface com as questões tratadas.

TRABALHADORAS RURAIS

Sobre o impacto da pandemia da Aids na área rural, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de Brasília, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, realizou, em 1998, uma pesquisa com trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos da Reforma Agrária. O objetivo foi saber como vivem 139 famílias do Movimento dos Trabalhadores Rurais / MST (www.mst.org.br), assentadas e acampadas em 29 acampamentos de 23 estados, sendo 53% homens e 47% mulheres.

O diagnóstico apontou para desafios a serem enfrentados pelo setor de saúde do MST e para a definição de prioridades na Agenda de Saúde Pública na busca por melhor qualidade de vida para a população de assentamentos e acampamentos da reforma agrária.

Especificamente sobre o conhecimento das DST / Aids, o diagnóstico revela que:

- Cerca de 85% da população adulta dos assentados e 83% dos acampados reconhecem que o uso de preservativo em todas as relações sexuais é uma forma de prevenção; as demais respostas se referiram a ter um único parceiro ou à prevenção relacionada à diminuição do número de parceiros sexuais.
- É necessário evitar ter relações sexuais com pessoas que têm feridas ou corrimentos, o que obteve uma concordância de 80% nos assentamentos e de 81,5% nos acampamentos.

- A utilização de banhos com ervas e a crença em tomar remédios como forma de prevenção de DSTs apareceram em 50% dos pesquisados. E para 70%, a higiene das partes genitais também é fundamental.
- Não há diferenças significativas quanto ao conhecimento das DSTs e os meios de prevenção entre homens e mulheres.
- Os meios de transmissão da Aids: 90% disseram ser por meio da relação sexual. As demais foram: transfusão de sangue, uso de drogas e amamentação (esta última apareceu como o meio de transmissão menos conhecido).
- Não se verificaram diferenças entre homens e mulheres no conhecimento dos meios de transmissão da Aids.
- O percentual de pessoas que acreditam que o convívio com uma pessoa portadora do vírus da Aids traz riscos de infecção foi de 40%, o que dá sustentação a práticas discriminatórias.

MOVIMENTO DE MULHERES E A AIDS

A saúde da mulher tem sido, desde as últimas décadas do século passado, um tema capital para o movimento de mulheres. Haja vista a luta em torno da criação e da consolidação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher / PAISM. O Programa considera todos os ciclos femininos, da puberdade à velhice, como merecedores de atenção.

Quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, o movimento vem lutando pela construção de políticas públicas que tragam condições de bem-estar e qualidade de vida para as mulheres. Essa luta também se dá no apoio a projetos de lei que protejam os direitos da população feminina. Exemplos: a lei que transformou o assédio sexual em crime, a lei do aborto legal, as leis que protegem a maternidade, entre outras.

PROPOSTAS DA REDE FEMINISTA DE SAÚDE

Como expressão do movimento de mulheres pela saúde, destaca-se a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (www.redesaude.org.br) que, há mais de uma década, tem participado ativamente de todos os debates que envolvam mulheres, ISTs, HIV e Aids. A Rede Feminista possui um conjunto de publicações, dossiês, boletins e página na Internet, trabalhando a saúde da mulher sempre sob a ótica da defesa dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nos seus dois últimos encontros nacionais (2000 e 2002), a Rede Feminista de Saúde – que congrega mais de 100 entidades - acordou as seguintes propostas:

- Criar sinergia entre as várias estratégias e ações, realizadas pelas ONGs filiadas à Rede, para o enfrentamento da epidemia da Aids.
- Ampliar a discussão acerca da terapia anti-retroviral nos casos de violência sexual, incluindo essa profilaxia na norma técnica para atendimento às mulheres vítimas de violência.

- Lutar pela melhoria de acesso e de qualidade do pré-natal, garantindo o aconselhamento às gestantes para a realização do teste anti-HIV e respeitando o direito da mulher decidir se o realiza ou não.
- Fomentar a produção de conhecimento sobre a especificidade da infecção pelo HIV entre mulheres para a compreensão de aspectos relacionados ao curso e à gravidade da infecção: letalidade da Aids, adesão ao tratamento, ação dos anti-retrovirais no corpo feminino, aleitamento materno, esterilização feminina, soropositividade e recorrências de DSTs e associação entre câncer de colo uterino e HIV / Aids.
- Definir estratégias de prevenção e de ações de assistência para mulheres lésbicas, adolescentes, trabalhadoras rurais, indígenas e mulheres no climatério, considerando as questões de raça.
- Desenvolver ações com grupos, articulações e redes do movimento de luta contra a Aids.
- Estimular e garantir a participação de representantes da Rede Feminista de Saúde nos diferentes espaços de formulação e de definição de estratégias de controle da epidemia da Aids, seja nos comitês assessores ligados ao poder executivo, seja nos espaços de controle social.
- Criar estratégias coletivas para intervir nas políticas públicas tanto na formulação de propostas como no diálogo com grupos e pessoas das representações de comitês e conselhos de saúde.
- Agilizar o encaminhamento de denúncias, respostas e mobilizações diante das ameaças de perdas de direitos.
- Questionar o papel e a composição do Grupo Assessor de Mulheres e Aids da Coordenação Nacional DST / Aids / MS no seu caráter técnico-científico, pois tem sido pouco efetivo nas respostas para mulheres e Aids.
- Trabalhar o tema da Aids integralmente, também dentro da Rede Feminista de Saúde, tendo como contexto a reforma do Estado e seus impactos na área da saúde.

- Promover com o Governo Federal e organismos da ONU um debate nacional sobre a *Vulnerabilidade das Mulheres frente à Pandemia da Aids - Causas e Conseqüências*, no propósito de pactuar metas e estratégias.
- Apoiar ONGs de mulheres que desenvolvem estratégias de prevenção às DSTs / AIDS e de apoio às mulheres soropositivas.
- Apoiar a formação de mulheres e de grupos de mulheres, inclusive as integrantes da Rede Feminista de Saúde, para o exercício do controle social da política de serviços de saúde.

PLATAFORMA POLÍTICA FEMINISTA E A AIDS

Em 2002, realizou-se em Brasília a Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, que referendou a Plataforma Política Feminista (www.articulacaodemulheres.org.br), elaborada por grupos de mulheres de todo o país. Quanto ao HIV / Aids, a Plataforma, entre outras recomendações, diz o seguinte: incentivar pesquisas de programas voltados para mulheres soropositivas e dar especial atenção aos programas de saúde sexual e reprodutiva para jovens de ambos os sexos.

A Plataforma também alerta para a prática ilegal de exigências, por parte de empregadores, dos testes de gravidez e do anti-HIV, ambos proibidos por lei. A exigência de tais testes é mais um fator, somado a muitos outros, de exclusão das mulheres ao emprego formal no país.

CIDADÃ POSITHIVA

O projeto Cidadã Posithiva trouxe a reflexão e a prática acerca da cidadania para as mulheres com HIV / Aids, com o objetivo de fortalecimentos individual e coletivo, visando à melhoria da qualidade de vida e à prevenção da infecção pelo HIV na população feminina (Cidadãs PositHIVas, Nair Brito et al. Secretaria de Políticas /CN-DSTs/Aids/MS, Brasília 2002).

Sua principal ação é a capacitação de mulheres soropositivas para uma melhor atuação social e política dentro do contexto da Aids, incentivando o debate, proporcionando uma melhor compreensão do papel social das mulheres atingidas pela epidemia nas ações de prevenção e controle de DST / Aids, além de inseri-las nos serviços de saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida dessa população.

O Projeto também realizou, em 2001, um levantamento de informações, com o propósito de saber quais as necessidades das mulheres com HIV / Aids e quais as melhores estratégias de prevenção para a população feminina em geral.

Esse trabalho fez parte de um esforço em dar visibilidade às mulheres vivendo com HIV / Aids, a partir da sua própria voz. Resultou nas seguintes inquietações e propostas:

- Necessidade de uma abordagem medicamentosa específica para as mulheres, seja o coquetel, sejam os tratamentos preventivos, bem como o atendimento hospitalar e as consultas.
- Necessidade de recebimento de informação acerca da saúde reprodutiva.
- Necessidade de ações para a vivência dos direitos reprodutivos e sexuais.
- Que seja dado às mulheres tratamento igualitário, sem discriminação ou preconceito.
- É importante a realização de mais estudos, especialmente sobre aborto e sexualidade, visando entender melhor *como e com que intensidade a soropositividade acentua as dificuldades que as mulheres costumam enfrentar nestas áreas*, especialmente se considerarmos que o uso do preservativo não é assumido por elas.
- Trabalhar melhor a questão da transmissão do HIV na relação com seus/suas parceiros/as, para que as mulheres possam reelaborar suas experiências de autocuidado e de prevenção.
- Formular políticas socioregionais amplas, visando à redução da vulnerabilidade das mulheres e à garantia de condições de vida mais digna.

COMPROMISSOS & AÇÕES INTERNACIONAIS

Na década de 90, aconteceram algumas conferências, convocadas pela Organização das Nações Unidas / ONU (www.un.org), de fundamental relevância para os direitos das mulheres. O interessante das conferências da ONU é que elas extrapolam os limites dos países e alcançam acordos e comprometimentos internacionais.

As Plataformas de Ação subscritas pelos governos se transformam em ferramentas para os movimentos sociais, incluindo o de mulheres, pressionarem os governos de seus respectivos países e proporem temas para Políticas Públicas. Lembrando que as Políticas Públicas são desenvolvidas pelo Estado para responder as necessidades e reivindicações da cidadania. Em um Estado democrático, elas devem ser discutidas amplamente com a sociedade.

Também é justo citar algumas instâncias da ONU envolvidas com a saúde e os direitos das mulheres. A Organização Mundial da Saúde / OMS, fundada em 1948, tem como objetivo orientar políticas de saúde na esfera internacional. O Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher / Unifem (www.undp.org.br/unifem), criado em 1985, tem como missão promover os meios que possibilitem às mulheres o acesso aos poderes econômico, político e pessoal. Para enfrentar a epidemia da Aids foi criado, em colaboração entre agências da ONU, o Programa das Nações Unidas sobre o HIV / Aids / Unaid . Há também outras organizações regionais trabalhando em conjunto, a exemplo do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe / GCTH (www.gcth-sida.gov.br), que estão na luta contra o HIV / Aids.

ERA UMA VEZ NO MUNDO

Em dezembro de 1979, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher / Cedaw. Em 1981, a Convenção entrou em vigor e foi ratificada pelo Brasil em 1984.

Tão importante quanto a Convenção foi a criação do Protocolo Facultativo à Cedaw que, ao estabelecer procedimentos de comunicação de denúncias diretamente ao Comitê da Cedaw e a investigação dessas denúncias, potencializou a luta contra todas as formas de discriminação.

O Protocolo Facultativo também serviu para mobilizar mulheres, no mundo inteiro, na luta pela assinatura e ratificação por parte dos governos. Assim, o Brasil assinou o Protocolo em 2001 e o ratificou em 2002. A ligação entre a discriminação contra a mulher e a feminização da Aids é cristalina, pois a discriminação aumenta as vulnerabilidades e fecha o acesso ao trabalho, a bens e a serviços.

Para saber mais acerca da Cedaw e do Protocolo Facultativo, acesse o grupo focal brasileiro: (www.agende.org.br).

ERA UMA VEZ NO CAIRO

Na Conferência Internacional sobre População, realizada em 1994 na capital do Egito, ficaram acordadas as promoções da saúde e dos direitos reprodutivos e sexuais. Aliás, o conceito de *direito reprodutivo* recebeu grande destaque nessa Conferência. O aborto inseguro (realizado pela maioria das mulheres do mundo) foi considerado um grave problema de saúde pública, pois causa grandes números de seqüelas sérias ou mesmo de morte entre as mulheres.

A Plataforma de Ação do Cairo propôs a integração de políticas de população com ações para eliminar a pobreza, alcançar a equidade, ou seja, igualdade com justiça, e garantias de respeito aos direitos humanos e ao meio ambiente.

Também reconheceu que a sexualidade desempenha um papel de suma importância na vida e na saúde das mulheres e dos homens. Reconheceu que os homens devem assumir responsabilidades no tocante ao seu comportamento sexual, à reprodução e à transmissão de ISTs. Foi definido ainda que os serviços de saúde reprodutiva e sexual tenham qualidade quanto ao atendimento e à educação.

ERA UMA VEZ EM PEQUIM

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher aconteceu na capital da China, em 1995. Seu objetivo foi elaborar um programa mundial de igualdade com justiça de gênero, orientado para proteger os direitos humanos das mulheres independentemente de raça/etnia, idade, classe social, estado civil e país de origem.

Foram trabalhados doze temas considerados prioritários para a qualidade de vida das mulheres: *combate à pobreza; incentivo à educação e à capacitação; garantia do controle das mulheres no tocante à saúde sexual e reprodutiva; proteção nos conflitos armados; remuneração igual por trabalho igual; empoderamento das mulheres; azeiteamento dos mecanismos institucionais para a equidade de gênero; respeito aos direitos humanos; repúdio à exploração da imagem sexual das mulheres; prática do desenvolvimento sustentável; proteção das meninas.*

Quanto ao HIV / Aids, a Plataforma de Ação reconheceu as necessidades específicas das adolescentes no que se refere à educação e à informação sobre as ISTs, em particular, e a saúde sexual e reprodutiva, em geral. Foi reforçada a necessidade de os governos investirem em campanhas de prevenção e no tratamento universal do HIV / Aids. Também foi recomendado que o movimento de mulheres siga propondo estratégias e monitorando as ações de prevenção ao vírus e de assistência de qualidade às soropositivas.

SESSÃO ESPECIAL DA ONU SOBRE HIV / AIDS - UNGASS / 2001

A 26ª Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV / Aids / UNGASS (www.fnuap.org.br/estrut/serv/ungass/), convocada em caráter de urgência, contou com representantes de Estado que tenham os objetivos de rever e de examinar a expansão da Aids no mundo. A proposta foi pensar a epidemia sob diversos aspectos e tentar assegurar um compromisso global, de países ricos e pobres, para o seu combate.

Logo de saída, foi enfatizado que a situação de vulnerabilidade das mulheres e meninas favorece a feminização da pobreza e, conseqüentemente, a feminização do HIV / Aids. Ou seja, os programas nacionais, regionais e internacionais devem considerar as questões de gênero e o empoderamento das mulheres no núcleo principal de suas estratégias. Também foi enfatizada a necessidade de eliminar discriminações e preconceitos que atingem as pessoas vivendo com HIV / Aids.

A Declaração de Compromisso reconhece que a Aids, além de ameaçar a vida das pessoas, é um problema de desenvolvimento. Pobreza, analfabetismo e discriminações são os principais fatores de propagação do HIV. Portanto, há responsabilidade da comunidade internacional em ajudar a minimizar o sofrimento de milhares de pessoas pobres atingidas pelo HIV / Aids.

UNGASS / 2001 - PREVENIR E TRATAR

Até o ano de 2005, as recomendações são que, especialmente nos países mais afetados pela epidemia, os programas de prevenção tomem em consideração as circunstâncias, a ética e os valores culturais locais. Que incluam informação, educação e comunicação nas línguas que as comunidades compreendam melhor: Que se esforcem para reduzir comportamentos de risco, incentivando responsabilidades. Que haja mais acesso da população aos preservativos masculino e feminino e a serviços de apoio psicológico.

No tocante à segurança, que sejam usadas seringas descartáveis e equipamento esterilizado. Que sejam fomentadas medidas de redução dos danos relacionados com o consumo de drogas injetáveis. Que haja implantação de bancos de sangue não-contaminado e tratamento precoce e eficaz das doenças sexualmente transmissíveis.

Que sejam feitos esforços para, até 2005, reduzir em 20% o número de crianças infectadas pelo HIV, assegurando que a maioria das grávidas tenha acesso à informação qualificada durante o pré-natal. Que tenham aconselhamento e demais serviços de prevenção.

Que se garanta a mulheres e bebês infectados o tratamento anti-retroviral e o substituo do leite materno para reduzir, ou mesmo anular, a transmissão materno-infantil do HIV.

Até o ano 2005, fortalecer a assistência familiar e comunitária. Investir para que os sistemas de saúde possam promover e monitorar o tratamento das pessoas vivendo com HIV / Aids. Melhorar as condições de trabalho e de capacitação dos profissionais de saúde que lidam com a epidemia. Criar planos de financiamento e mecanismos de crédito que possibilitem que os governos facilitem o acesso da maioria das pessoas ao coquetel antiaids. Ampliar o acesso de milhões de portadores do vírus aos medicamentos e aos tratamentos.

UNGASS / 2001 - QUANTO ÀS MULHERES

Reconhecendo que as vulnerabilidades que atingem milhões de mulheres são facilitadoras do HIV / Aids entre a população feminina, as recomendações são para capacitar mais e melhor as mulheres visando a sua inserção na cidadania e no emprego. Ou seja, reduzir a pobreza das mulheres e das crianças é reduzir as taxas de infecção do HIV. Também são recomendados programas e ações que favoreçam a igualdade de gênero, uma vez que, sem equidade entre homens e mulheres, as mulheres seguirão presas às discriminações e às vulnerabilidades de toda espécie.

COOPERAÇÃO NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

O Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe / GCTH é formado por representantes de Programas Governamentais de HIV / Aids de 21 países da região. Seu objetivo é compartilhar experiências e conhecimentos que ajudem na luta contra a epidemia. O GCTH também tem a função de fortalecer politicamente seus países membros nas conversações com a ONU. Suas recomendações quanto às relações de gênero e o HIV / Aids são:

- Incluir a questão de gênero como instrumento para o empoderamento das mulheres e para a elaboração de políticas de prevenção e assistência do HIV / Aids.
- Garantir o livre exercício da orientação sexual de homens e mulheres, sem coerção e sem violência.
- Garantir a representação e a participação das mulheres que vivem com HIV / Aids em todos os fóruns e instâncias decisórias relativos ao enfrentamento da epidemia.
- Garantir a ampliação do acesso das mulheres aos testes anti-HIV e da sífilis.
- Adotar programas para prevenção da transmissão vertical do HIV, incluindo acesso universal ao diagnóstico, melhoria da qualidade do pré-natal, humanização da assistência ao parto, fornecimento de medicamentos anti-retrovirais e assistência correta ao recém-nascido exposto à transmissão vertical.
- Promover estudos sobre a inativação do HIV no leite materno e a adoção de medidas para expandir, com qualidade, os bancos de leite humano. Garantir também o acesso universal dos recém-nascidos aos seus sucedâneos, objetivando diminuir os impactos sobre a desnutrição sem aumentar os riscos de expansão do HIV.

RECOMENDAÇÕES

“Os direitos humanos das mulheres incluem o seu direito a ter controle sobre questões relativas a sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a estas questões, livres de coerções, discriminações e violência”.

ONU, IV Conferência Mundial sobre a Mulher, 1995

A batalha contra o HIV / Aids e a favor da prevenção e do tratamento universal e digno pôs, pela primeira vez na história, uma epidemia na trilha dos direitos humanos. Aids e cidadania são hoje duas palavras indissolúveis. Não será surpresa se todo o esforço e a energia dedicados ao bem-estar das pessoas vivendo com HIV / Aids se tornem modelos para outras doenças.

Programas governamentais, projetos de ONGs e de redes, produção de conhecimentos, remédios, pesquisas médicas, estatísticas, conferências, recomendações, políticas públicas. Toda essa dimensão só faz sentido quando leva em conta que hoje, no planeta, milhões de mulheres, homens e crianças estão vivendo com o vírus da Aids.

A mobilização das pessoas soropositivas imprime a consciência de que é preciso humanizar as políticas públicas e tratá-las como questão de cidadania. A ação do movimento de mulheres joga luz nos problemas enfrentados pela população feminina em geral e pelas mulheres pobres, em particular.

Os capítulos dessa publicação apontaram para as dificuldades de respostas efetivas para as mulheres, para estratégias que não consideram o campo das desigualdades de gênero, gerando ausências de condições materiais e subjetivas para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

A sociedade civil organizada e, em especial, o movimento de mulheres têm trabalhado na construção de uma análise sobre o significado do HIV / Aids entre mulheres e os entraves nas respostas diante das políticas públicas vigentes.

As recomendações dessa publicação consideram a importância dada à participação e ao controle das mulheres na elaboração, na implementação e na avaliação das políticas relacionadas às DSTs / HIV / Aids e incorporam a análise de gênero como ferramenta fundamental na luta contra o HIV / Aids.

Do ponto de vista metodológico, três ações são prioritárias:

1. Produção de conhecimento com estudos e pesquisas que fomentem a prática da luta social.
2. Ações educativas que contribuam para o fortalecimento de sujeitos.
3. Articulação política no campo governamental e não governamental, formando atores sociais. Essas ações integradas trazem sinergia na busca da transformação social e cultural e fortalecem o campo do movimento social.

Alguns campos estratégicos de ação são fundamentais:

1. Desenvolver estudos e pesquisas sobre as principais causas de vulnerabilidade das mulheres e dos(as) jovens, especialmente nos municípios de médio porte, onde a epidemia tem crescido, considerando a equidade racial, étnica e de orientação sexual.
2. Desenvolver com os diversos institutos de pesquisas, análises socioeconômicas com recorte de gênero, geração e raça, considerando os indicadores de Aids.
3. Estimular a promoção de políticas públicas relacionadas aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, com equidade racial, étnica e de orientação sexual, considerando as especificidades das mulheres portadoras de deficiência e estimulando a definição de estratégias de prevenção às DST / Aids e de assistência às mulheres soropositivas.

4. Promover debates públicos e amplos que pactuem metas e estratégias para enfrentar a feminização, a pauperização e a interiorização do HIV/ Aids, articulando ações nos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.
5. Realizar ações educativas e de formação com uma perspectiva feminista para ativistas e lideranças do movimento de mulheres, que trabalham na luta contra a pandemia da Aids.

A partir das plataformas do Movimento de Mulheres, do Movimento de Luta contra Aids e de documentos da Conferência Nacional de Saúde e da ONU, a Rede Feminista de Saúde recomenda e propõe as seguintes ações:

QUANTO À SAÚDE

Recomendação: Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para implementação e/ou melhoria dos serviços de assistência às mulheres soropositivas, nas esferas nacional, estadual e municipal. Sempre levando em conta especificidades regionais, raciais, étnicas e de classe.

- Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a qualidade dos serviços de atenção às mulheres soropositivas.
- Apoiar o desenvolvimento de estudos sobre os fatores relacionados à violência de gênero, raça, etnia e classes sociais, vivida por mulheres soropositivas no serviço de saúde, no trabalho, na família, na comunidade etc.
- Realizar estudos visando entender melhor como e com que intensidade a soropositividade acentua as dificuldades enfrentadas pelas mulheres ao negociarem seus direitos sexuais e reprodutivos como aborto, sexualidade e gravidez assistida.
- Realizar estudos sobre a saúde mental das mulheres soropositivas.

- Estudar as condições de atendimento feitas pelo Sistema de Saúde às gestantes e ao parto de mulheres soropositivas.
- Cuidar para que os serviços de saúde que atendem mulheres soropositivas preencham integralmente e criteriosamente os dados de registro de atendimento.
- Registrar os dados de atendimento pelo Serviço de Saúde para gerar informes epidemiológicos para que os gestores do SUS os analisem e os divulguem.

Recomendação: Apoiar estratégias de ação que favoreçam a construção de políticas integradas de saúde, em particular entre as políticas de DST / Aids, as de Saúde da Mulher e a de Saúde da Família (nos níveis nacional, estadual e municipal).

- Encorajar a construção de planos de formação continuada sobre a vulnerabilidade da mulher às DSTs / Aids, com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos, para o conjunto de profissionais e gestores da rede de saúde que desenvolvem ações de saúde da mulher: Incluir profissionais dos serviços de atendimento às vítimas de violência, como também dar maior ênfase à abordagem integrada, visando superar as dificuldades no diagnóstico das ISTs / Câncer de Colo Uterino e do HIV.
- Apoiar capacitações de profissionais de saúde e de educação sobre a vulnerabilidade das mulheres lésbicas ao HIV / AIDS e sobre seus direitos sexuais e reprodutivos.
- Apoiar a capacitação de profissionais de saúde e de educação sobre a vulnerabilidade das mulheres negras e indígenas. A intenção é possibilitar mudanças de comportamento, de atitudes e de práticas.

QUANTO À PREVENÇÃO E À ASSISTÊNCIA

- Estimular a ampliação de serviços de referência às mulheres vítimas de violência em todas as capitais de estado e nos municípios de médio porte,

onde a epidemia do HIV tem se alastrado, incluindo em seus procedimentos a profilaxia do HIV.

- Apoiar estratégias que ampliem o acesso das mulheres ao pré-natal desde o início da gestação, garantindo o diagnóstico e o tratamento das DSTs, o aconselhamento e acesso ao teste do HIV. Isso faz com que haja tempo hábil de adotar as medidas necessárias para reduzir as chances de transmissão da infecção para o bebê.
- Desenvolver ações que garantam que mulheres grávidas, diante do resultado de soropositividade, tenham acesso a atividades educativas e de apoio psicossocial.
- Ofertar às mulheres soropositivas acompanhamento para sua saúde mental nos serviços de referência.
- Reforçar a importância do fortalecimento das ações de aconselhamento como uma estratégia fundamental para a vida das pessoas que recebem o diagnóstico da sorologia para o HIV.
- Fortalecer estratégias que visem ao desenvolvimento de ações educativas de prevenção às DST / Aids nos serviços de planejamento familiar; disponibilizando os preservativos feminino e masculino para distribuição gratuita.
- Criar estratégias que ampliem as ações para prevenção das profissionais do sexo, como também seu acesso aos serviços de saúde.
- Estimular ações educativas que permitam às mulheres lésbicas conhecer sua vulnerabilidade e os riscos de adoecer e morrer.
- Promover a informação das populações negra e indígena sobre sua vulnerabilidade ao HIV / AIDS e os riscos de adoecer e morrer.
- Incluir nas práticas de promoção e educação em saúde o recorte étnico / racial / de classe / negro e indígena, facilitando o acesso da população negra em todos os níveis do sistema de saúde.
- Apoiar campanhas de comunicação relacionadas à epidemia do HIV / AIDS, considerando os recortes de gênero, raça, etnia e classe, abordando o campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

- Colaborar com as organizações de pessoas soropositivas e outras organizações na elaboração de campanhas que contribuam para reduzir o estigma associado ao HIV.
- Otimizar redes existentes e programas permanentes de comunicação - rádio, web - articuladas com o movimento para uma política nacional de comunicação.

QUANTO AO TRABALHO

Recomendação: Estimular o desenvolvimento de estratégias de prevenção contra o HIV e o respeito aos direitos humanos das mulheres soropositivas no ambiente de trabalho.

- Promover estudos e pesquisas que verifiquem a relação existente entre demissão e não admissão ao trabalho por motivo de soropositividade.
- Apoiar os sindicatos das empregadas domésticas na construção de estratégias de prevenção contra o HIV /Aids.
- Apoiar o desenvolvimento de estratégias educativas, nas unidades de trabalho, que construam a noção de vulnerabilidade e promovam as responsabilidades tanto de mulheres quanto de homens em relação à prevenção do HIV / Aids.
- Capacitar profissionais das unidades de saúde do trabalhador para a identificação de situações de risco entre mulheres como a discriminação racial/étnica, o assédio sexual, orientação sexual/de classe e a violência no ambiente de trabalho.

QUANTO ÀS ESCOLAS

Recomendação: Fortalecer ações de prevenção às DSTs / Aids, adotando a perspectiva de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos, para superar as visões “biologizante” da sexualidade e determinista da prevenção às DSTs / Aids e dos direitos sexuais e reprodutivos.

- Estimular projetos de formação continuada do pessoal da educação de forma a incluir questões de gênero, raça, etnia e classe, DSTs / AIDS, direitos sexuais e reprodutivos.
- Promover estudos e pesquisas que avaliem os impactos da educação sexual naquelas escolas públicas que já vêm desenvolvendo a educação sexual e a prevenção das DSTs / AIDS.
- Promover projetos que integrem profissionais da educação e da saúde na implementação de ações educativas de prevenção ao HIV / AIDS.
- Promover projetos nas escolas que combatam estereótipos, atitudes e desigualdades de gênero em relação ao HIV / AIDS, encorajando o ativo envolvimento de homens e meninos.
- Estimular a articulação entre os setores de saúde e de educação, envolvendo as famílias, para a garantia do acesso de meninos, meninas e jovens aos serviços de saúde sexual, de diagnóstico e tratamento das DSTs / AIDS e aos métodos de prevenção.
- Fomentar a educação sexual com perspectiva de gênero / raça / etnia / classe e direitos sexuais e reprodutivos nos currículos das escolas públicas.

QUANTO À AÇÃO INTERNACIONAL

Recomendação: Estimular e apoiar a participação dos movimentos sociais no monitoramento dos indicadores da Declaração de Compromissos da UNGASS sobre HIV / AIDS no Brasil.

- Fomentar a capacitação do movimento de mulheres e do movimento de luta contra a AIDS para o monitoramento das metas da Declaração de Compromisso da UNGASS sobre HIV / AIDS.
- Promover seminários na América Latina e no Caribe, com organizações de mulheres e com organizações de mulheres soropositivas, para a troca de experiências e a construção de estratégias para o monitoramento da UNGASS / Aids.
- Inserir indicadores de gênero nos documentos de monitoramento da UNGASS / Aids.

PARA SABER MAIS

A Tripla ameaça: mulheres e aids. Rio de Janeiro / Recife / Londres: ABIA / SOS CORPO - Gênero e Cidadania / Panos Institute, 1993.

ARILHA, Margareth. Políticas públicas de saúde: mulheres e DST/AIDS - Reajustando o olhar. In: Coleção ABIA, n. 4. Rio de Janeiro. ABIA, 2002

As mulheres e os direitos humanos. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999. (Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero, n. 2).

BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard, org. Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro / São Paulo: IMS-UERJ / Editora 34, 1999.

_____. Mujer y sida en Brasil: obstáculos y desafíos. In: Situación de las mujeres y el VIH / SIDA en América Latina. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1997.

_____. Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume - Dumará / ABIA/ IMS -UERJ, 1996.

BASTOS, Francisco Inácio. A feminização da epidemia da AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro. ABIA, 2001. (Saúde Sexual e Reprodutiva, n. 3).

BERQUÓ, Elza. Apresentação. In: Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 7-16.

BIANCO, Mabel. La experiencia de las redes internacionales de lucha contra el SIDA. In: Situación de la mujer y el VIH / SIDA en América Latina. S.l.: S.n., S.d. p. 171-178.

Boletim Epidemiológico AIDS v.16, n.1, 2002.

BRASIL. Ministério da Cultura. Conferência Mundial contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata. Brasília, s.d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva de DST/AIDS. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: resgate histórico do controle social no SUS. Brasília, 2001. 138p (série histórica do CNS; n. 3) - (série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 65)

_____. Ministério da Saúde e financiamento do SUS. Brasília, 2002. 60p. (série Histórica do CNS; n.1) - (série I. Histórica da Saúde no Brasil).

_____. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, 2001.

_____. Coordenação Nacional DST/ AIDS. <http://www.aids.gov.br>; 2003.

_____. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids. Políticas e Diretrizes das DST/Aids entre mulheres. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica da Saúde da Mulher. <http://www.aids.gov.br>; Ações para Garantir uma Maternidade Segura. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Resposta +: a experiência do programa brasileiro de AIDS. Brasília, 2002.

_____. Cidadãs Posithivas. Brasília, fev., 2003.

_____. Saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acompanhamentos da reforma agrária. Brasília: UNB, 2001.

_____. Indicadores e dados básicos. Brasília, 2000.

_____. Política Nacional de DST / AIDS. Brasília. 1999.

_____. Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV / AIDS e o mundo do trabalho. Brasília. 2002.

_____. Ministério da Justiça - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Beijing 1995: o século 21 começa na IV Conferência Mundial da Mulher. Brasília, 1995.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico: primeiros resultados da amostra. Rio de

Janeiro, RJ, 2000.

_____. IBGE. Tendências demográficas. Rio de Janeiro, RJ, 2000.

_____. IBGE. Síntese dos indicadores Sociais. 2002.

BRITO, A.M.; CASTILHO, E.; SZWARCOWALD, C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. In: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.34, n.2, 2000, p. 207-217.

BRITO, Nair et al. Cidadãs Posithivas. Brasília: Secretaria de Políticas / CN DST Aids, 2002.

CAIRO + 5: o caso brasileiro. Brasília: CNPD - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1999.

CAIRO - Brasil: 5 anos de experiências relevantes em saúde, direitos reprodutivos e sexuais. Brasil: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos / Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde / REDEH / SOS CORPO - Gênero e Cidadania, 1999.

CEDAW - Relatório Nacional Brasileiro: Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; Protocolo Facultativo. Brasília, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, 2002.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 17-73.

DOSSIÊ Mulher e Aids. Brasil: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1999.

EL-BUSHRA, Judy. Repensar sobre gênero e práticas de desenvolvimento para o século vinte e um. In: Gender and Development, n. 1, mar., 2000.

EM QUESTÃO. emquestão@secom.planalto.gov.br. Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República. 2003.

Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei Federal 8.069/ 1990/ Conselho

Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da criança e do Adolescente/ Recife.

GUIMARÃES, Kátia. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV / AIDS. In: Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume - Dumará / ABIA / IMS - UERJ, 1996.

HITA, Maria Gabriela; SILVA, Maria das Graças da. Esterilização feminina no Nordeste brasileiro: uma decisão voluntária? In: Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe: Temas e problemas. Campinas / São Paulo. PROLAP / ABEP / NEPO- Unicamp / Ed. 34, 1998. p. 291-336.

Jornal da Rede Saúde nº 23. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, mar., 2001.

MEELO, Jorge M.H.P; GOTLIEB S.L.D; LAURENTI, R. A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999. OPAS. Brasília: OPAS /OMS, 2001.

Mulheres Negras: um retrato da discriminação racial no Brasil. Brasília: Articulação de Mulheres Brasileiras, maio, 2001.

NANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M; NETTER, Thomas W; org. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: ABIA / Relume - Dumará / IMS - UERJ, 1993. (História Social da AIDS, n. 1).

PARKER, Richard; MATO, Ruben Araújo de; TERTO JR., Veriano. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. In: As estratégias dos Bancos Multilaterais para o Brasil. Brasília: Rede Brasil, 2001. p.107-130.

PLATAFORMA Política Feminista. Brasília: Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, 2002.

PLATAFORMA Beijing 95: um instrumento de ação para as mulheres. Santiago do Chile. Isis Internacional, jan., 1996.

POLÍTICAS públicas para as Mulheres no Brasil: 05 anos após Beijing. Articulação de Mulheres Brasileiras - AMB, abr., 2000.

POLÍTICA Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade. Brasília: ONU /OPAS / DFID, 2002.

PROTOCOLO Facultativo: convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Brasília: IDH / Agende, 2002.

PIMENTA, Cristina; SOUTO, Kátia. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

PORTELLA, Ana Paula; TEIXEIRA, Enaide; ROCHA, Solange. Câncer de colo uterino: ainda um problema de saúde pública. Recife: SOS CORPO - Gênero e Cidadania, 2002. (Pesquisas SOS CORPO).

RELATÓRIO do evento "Um Mundo Uma Luta": ações contra a Aids no III Fórum Social Mundial. Porto Alegre, 2003.

RELATÓRIO Final da I 1ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2000.

RELATÓRIO Brasileiro sobre Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais. Recife, 2003.

REPERTÓRIO de recomendações práticas da OIT sobre o HIV / AIDS e o mundo do trabalho. Brasília: Secretaria Internacional / Ministério da Saúde, 2001.

ROCHA, Solange. Participar e representar o movimento de luta contra a AIDS radicalizando a democracia. In: Jornal revendo o ativismo. São Paulo, jun., 2003.

_____. UNGASS: porque Monitorar? Brasília: Seminário de Monitoramento da UNGASS / CN DST Aids / MS, 2003 (mimeo).

SAÚDE da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001.

SANT'ANA, Wania. Desigualdades Étnico-Raciais e de Gênero no Brasil: as revelações possíveis do IDH e do IDG. In: Jornal da RedeSaúde, v.23. São Paulo, SP.S.d.p.16-19.

SOBRINHO, Délcio da Fonseca. Estado e População: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos / FNUAP, 1993.

SZWARCWALD, C., ANDRADE, C.L.T; CASTILHO, E. Estimativa do

número de órfãos decorrentes da AIDS materna. 1987-1999. Brasil, 1999.

UM RETRATO da discriminação racial no Brasil. In: Revista Mulheres Negras. Brasília: AMB, maio, 2001.

VANDALE, Susan; LIGUORI, Ana Luisa; RICO, Blanca. Una agenda latinoamericana de investigación: acción sobre mujeres y SIDA. In: Situación de la mujer y el VIH / SIDA en América Latina. S.J: S.n., S.d. p. 29-36.

VALONGUEIRO, S. Women's Health Policy in Brazil: an evaluation from 1996 - 2000. Paper presented in The course «Public policies in Brazil» coordinated by Joseph Potter and Robert Wilson -University of Texas at Austin.

VILLELA, Wilza Vieira; ARILHA, Margareth. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas. Editora da Unicamp, 2003. p. 95-145.

VILLELA, Wilza V & Diniz, Simone G. - Interfaces entre os Programas de DST/Aids e Saúde Reprodutiva: o caso brasileiro. IN: Parker, Richard *at alli* (org.) - Saúde Desenvolvimento e Política: Respostas Frente à Aids no Brasil. São Paulo, Editora 34, 1999.

VILLELA, Wilza V. - A epidemia das DST/Aids entre as Mulheres: um desafio para o Sistema Único de Saúde. IN: Villela, Wilza V. (Org.) - Mulher e Aids: Ambigüidades e Contradições. Cadernos NEPAIDS, Nº 0, março 1997, Universidade de São Paulo.

WERNECK, Jurema. Aids: a vulnerabilidade das mulheres negras. In: Jornal da RedeSaúde, n. 23, 2002.

YANNOULAS, Sílvia Cristina - Dossiê: Políticas Públicas e Relações de Gênero no Mercado de Trabalho. Brasília, CFÊMEA; FIG/CIDA, 2002

