



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



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

Julho, 2007

© 2007. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
2ª edição - tiragem: 110 exemplares

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro de Estado da Saúde
José Gomes Temporão

Secretário de Vigilância em Saúde
Gerson Penna de Oliveira

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids
SEPN, 511, Bloco C
CEP.: 70.750, Brasília, DF
E-mail: aids@aims.gov.br / edicao@aims.gov.br
Homepage: <http://www.aims.gov.br>
Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

Publicação financiada com recursos do UNFPA e do Ministério da Saúde
Organizadoras: Katia Guimarães e Ângela Donini
Colaborações: Simone Diniz - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Projeto gráfico: Isabela Faria
Diagramação: Alexsandro de Brito Almeida

Programa Nacional de DST e Aids - Ministério da Saúde

Diretora: Mariângela Batista Galvão Simão
Responsável pela Unidade de Prevenção: Ivo Brito
Assessoras e Assessores:
Ana Paula Prado
Artur Iuri
Denis Ribeiro
Dulce Ferraz
Gerson Fernandes
Ivana Drummond Cordeiro
Karen Bruck
Kátia Abreu
Liliana Ribeiro
Mie Okamura
Nair Brito
Valdir Pinto
Vera Lopes

Secretaria de Atenção à Saúde
José Carvalho de Noronha

Área Técnica de Saúde da Mulher - Ministério da Saúde

Coordenadora: Regina Coeli Viola
Assessoras:
Cláudia Araújo de Lima
Giani Silvana Schwengber Cezimbra
Iolanda Vaz Guimarães
Isa Paula Hamouche Abreu
Lidiane Ferreira Gonçalves
Regina Rodrigues de Moraes
Rurany Ester Silva

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - Presidência da República

Ministra: Nilcéa Freire
Secretária-adjunta: Teresa Sousa
Assessora Especial: Laisy Morière
Subsecretária de Monitoramento e Ações Temáticas: Aparecida Gonçalves
Assessora de Imprensa: Maria Clara Notaroberto

Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA/Brasil

Representante: Alanna Armitage
Assessora de Comunicação e Advocacy: Etienne França
Consultora para a Juventude: Ana Laura Becker Aguiar

SUMÁRIO

5

APRESENTAÇÃO

6

A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE
AIDS E OUTRAS DST

11

O ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO
DA EPIDEMIA: DESAFIOS PARA A
SUPERACÃO DAS VULNERABILIDADES

20

POLÍTIAS INTERSETORIAIS
PARA AS MULHERES

23

OBJETIVO GERAL
DO PLANO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
DO PLANO

DIRETRIZES

24
AÇÕES ESTRATÉGICAS

26
METAS

27
ATIVIDADES SUGERIDAS

30
anexo
MARCOS QUE NORTEIAM
AS POLÍTICAS PÚBLICAS
BRASILEIRAS PARA AS MULHERES

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional 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 à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST. A execução do Plano contou com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNPFA), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Fundo das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM).

Resultado de uma parceria que procurou reunir esforços e alçar vôo a partir da articulação intersetorial e da participação de parceiras/os da sociedade civil, o Plano 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.

Nos últimos anos, o principal aprendizado no enfrentamento à epidemia é o de que se deve considerar os componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade entre homens e mulheres. A violência doméstica e sexual contra mulheres e meninas, bem como a discriminação e o preconceito relacionados à raça, etnia, lesbianidade e bissexualidade feminina são expressões dessa desigualdade.

O estabelecimento dessas novas parcerias e espaços institucionais, aqui apresentados, para atuar na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis visa, sobretudo, reafir-

mar que a incorporação da perspectiva de gênero e a garantia dos direitos humanos de todas as pessoas são condições fundamentais para a redução das vulnerabilidades e da ocorrência de infecções provocadas por relações sexuais desprotegidas.

O Plano propõe-se a nortear a implantação e a implementação de ações de promoção de saúde sexual e de saúde reprodutiva, nos níveis federal, estadual e municipal. Para tanto, estabeleceu-se estratégias intersetoriais que possam acelerar o acesso aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e da aids, para as mulheres das diferentes regiões de nosso país.

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

Finalmente, esperamos que este Plano seja 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*



A FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS E OUTRAS DST

O Plano Integrado representa a consolidação de uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres. A construção de uma resposta integrada para a redução dos contextos de vulnerabilidade, que deixam as mulheres mais suscetíveis à infecção pelo HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis, é um importante marco histórico de fortalecimento da atuação no campo dos direitos das mulheres, da promoção da saúde e da prevenção.

O enfrentamento da feminização da epidemia exige que os esforços se concentrem na redução dos fatores de ordem social, individual e programático que implicam na limitação de acesso à informação, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. Essas limitações, somadas aos aspectos socioculturais relacionados às desigualdades de gênero, são os principais desafios para a implantação do Plano.

O cenário atual demonstra claramente que o enfrentamento da feminização da epidemia de aids deve incluir a análise e o tratamento adequado de todas as variáveis e fatores a ela associados. Portanto, uma resposta intersetorial e de mobilização comunitária exige um forte compromisso dos diferentes atores sociais que compõem o cotidiano das políticas públicas e do controle social.

O Plano vem somar esforços às diferentes iniciativas levadas adian-

te por atores governamentais e não-governamentais em todas as regiões de nosso país. Iniciativas que cotidianamente se apóiam na luta pelos direitos sexuais e pelos direitos reprodutivos para promover a melhoria da qualidade de vida das mulheres, como é o caso do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

Em termos globais, a epidemia de aids se constituiu em uma realidade para as mulheres, desde o seu surgimento. A ocorrência da infecção pelo HIV foi detectada em mulheres, em 1981, nos Estados Unidos. Entretanto, como a existência desses casos era entendida como restrita às mulheres parceiras de usuários de drogas injetáveis, de hemofílicos e de homens bissexuais, ou mulheres envolvidas na prática da prostituição, foi somente no início da década de 90 que surgiram as primeiras respostas coordenadas voltadas para esse segmento.

No primeiro momento, a resposta foi construída a partir da estratégia de fortalecimento das ações junto às mulheres para que tomassem consciência de sua vulnerabilidade social e individual e de ações para deter o crescimento da transmissão vertical. No entanto, observou-se que as variáveis vinculadas à desigualdade de gênero deveriam ser consideradas, quais sejam:



- A inexistência ou a insuficiência de políticas públicas que efetivem os direitos humanos das mulheres, conforme estabelecido em diferentes instrumentos acordados internacionalmente como a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995) e o Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994);
- A persistência de um olhar sobre a saúde das mulheres com um enfoque meramente reprodutivo, concentrando esforços na proteção à maternidade;
- A falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres;
- A falta de acesso à educação por parte de vastos contingentes de meninas e mulheres, notadamente na África e alguns países da América Latina e Caribe;
- A persistência de padrões culturais e religiosos que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo tanto masculino quanto feminino;
- A menor empregabilidade feminina, a ocupação das posições mais precárias pelas mulheres e nos setores informais da economia;
- A violência doméstica e sexual;

Para além dessas variáveis, verificou-se também a necessidade de desenvolver estudos e pesquisas que levem em consideração as especificidades orgânicas e psicossociais de mulheres e meninas, no tocante aos métodos de prevenção e tratamento da infecção/doença.

Em todo o mundo, 17,3 milhões de mulheres com 15 anos ou mais estão vivendo com HIV. Isso representa cerca de 50% do total das pessoas infectadas.

Em termos do cenário internacional podemos destacar que:

- 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 HIV.
- 76% de todas as mulheres HIV positivas vivem na África Sub-Saariana, onde as mulheres representam 59% dos adultos vivendo com HIV. Três a cada quatro (74%) pessoas jovens, entre 15 e 24 anos, vivendo com HIV são do sexo feminino.
- Na Ásia, as mulheres representam 30% dos adultos vivendo com HIV. Os números são mais altos em alguns países da região, alcançando 39% na Tailândia e 46% no Camboja.
- No Caribe, 51% dos adultos vivendo com HIV são mulheres, enquanto nas Bahamas e em Trinidad e Tobago, as estatísticas são 59% e 56%, respectivamente.
- Na Europa do Leste e na América Latina, uma crescente proporção de pessoas vivendo com HIV é de mulheres.
- Na Ucrânia, que tem uma das epidemias que crescem mais rapidamente na Europa, as mulheres agora representam quase metade (46%) dos adultos vivendo com HIV.
- 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 assistência.
- Menos de uma a cada cinco mulheres casadas em Bangladesh tinham ouvido falar da aids. No Sudão, apenas 5% das mulheres sabiam que a utilização de preservativos poderia prevenir a infecção por HIV. Mais de 2/3 das



mulheres nunca tinham visto ou ouvido falar sobre preservativos.

- Estudos na África do Sul e Tanzânia mostram que as mulheres que sofreram violência eram até três vezes mais propensas a estar infectadas por HIV que as mulheres que não haviam sofrido violência.
- A violência - e mesmo o medo de sofrer violência - impede que muitas mulheres e meninas tomem conhecimento de/ou informem seu status de soropositividade para HIV, ou mesmo procurem serviços de saúde especializados.
- No Camboja, o medo da violência doméstica é aparentemente uma das razões que levam ao baixo número de mulheres que têm utilizado serviços de aconselhamento e testagem para HIV em algumas clínicas de pré-natal.
- Mulheres HIV positivas sofrem discriminação, abandono e violência. O mesmo acontece com mulheres cujos parceiros ficam doentes ou morrem devido a doenças oportunistas relacionadas à aids. Elas perdem seus lares, herança, posses, meios de subsistência e mesmo suas crianças.

No Brasil, do total de casos notificados até junho de 2006, 67,2% foram do sexo masculino (290.917 casos) e 32,8% do feminino (142.138 casos) e, em 2003, a taxa de incidência foi de 25,4 por 100.000 hab. entre homens e 16,1 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 2005 (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 sazonal e permanente nas zonas de expansão das fronteiras agropecuária e de mineração.

A epidemia de aids vem, progressivamente, se interiorizando e atingindo as pessoas em situação de pobreza. Tanto no Brasil quanto em outros países em desenvolvimento, a pobreza é apontada como um dos contextos estruturais de vulnerabilidade para as DST/HIV/aids.

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 aquelas que não têm nenhuma escolaridade e entre aquelas 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.



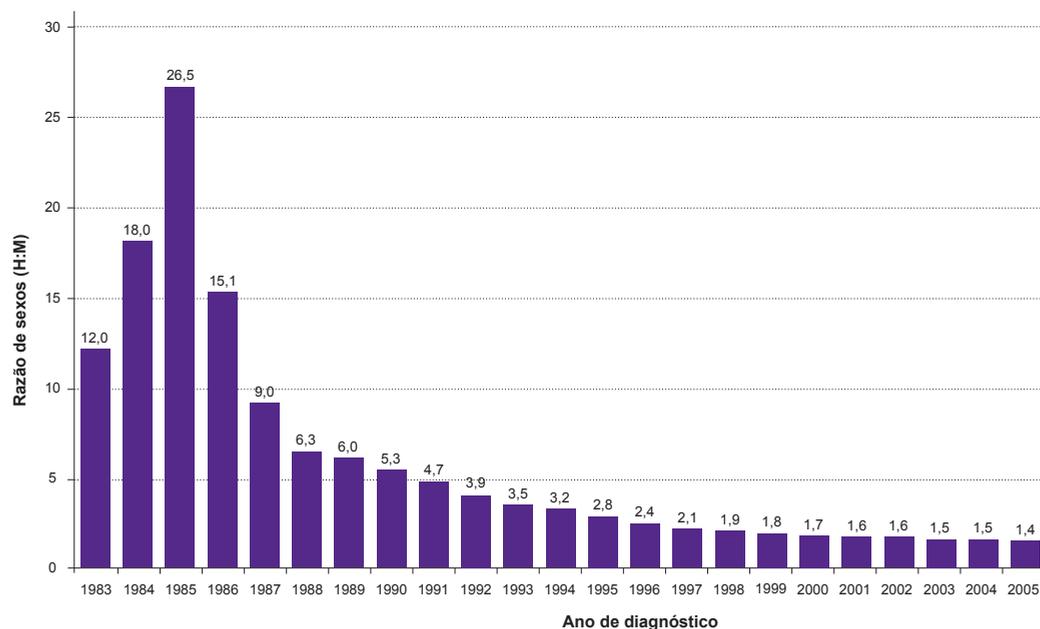
O enquadramento da resposta brasileira às tendências apresentadas deve estar orientado para as características que a epidemia assume em cada contexto social particular, dando atenção às dimensões socioculturais, programáticas e de direitos humanos.

No Brasil, o acesso universal ao tratamento, desde 1996, tem resultado na queda do número de óbitos, na diminuição das internações relacio-

nadas à aids, promovendo melhora na qualidade de vida. Entretanto, muitos são os desafios para que as múltiplas vulnerabilidades sejam superadas e que ações em prevenção positHIVa atendam às necessidades das mulheres que vivem com HIV/aids em sua integralidade. Nesse sentido, o Plano também prioriza ações estratégicas de prevenção, protagonismo e qualidade de vida para as mulheres que vivem com HIV/aids.

GRÁFICO I

RAZÃO DE SEXOS ENTRE OS CASOS DE AIDS POR ANO DE DIAGNÓSTICO Brasil, 1986 a 2005*



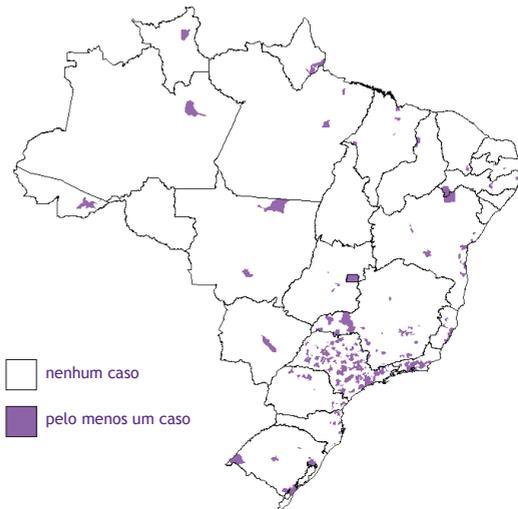
* Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL até 31/12/2005 e SIM de 2000 a 2004.
Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS.



CASOS DE AIDS POR MUNICÍPIO

GRÁFICO II

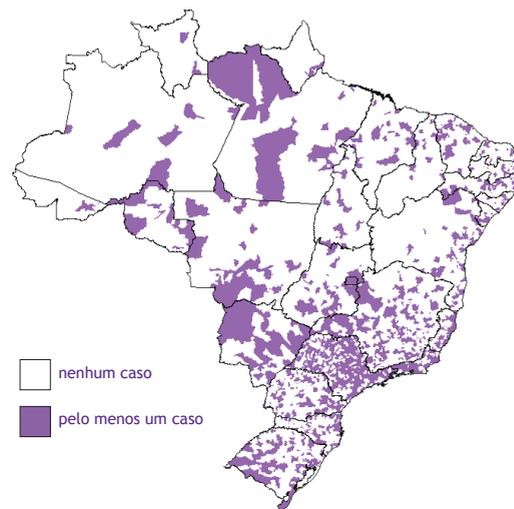
MUNICÍPIOS COM PELO MENOS
01 CASO DE AIDS EM MULHER.
Brasil, 1980-1989*



* Casos notificados no Sinan e registrados no Siscel até 30/06/2005.

GRÁFICO III

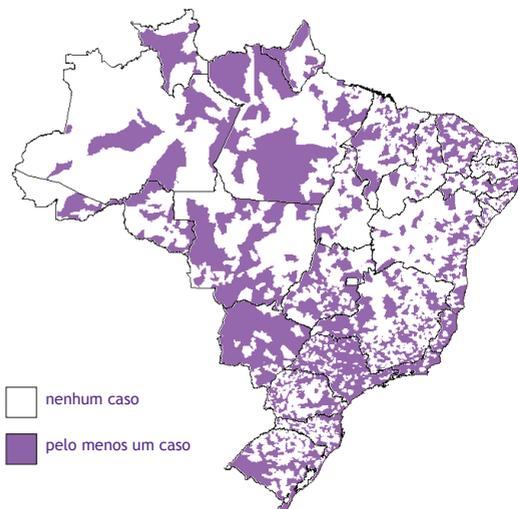
MUNICÍPIOS COM PELO MENOS 01 CASO DE
AIDS EM MULHER.
Brasil, 1990-1995*



* Casos notificados no Sinan e registrados no Siscel até 30/06/2005.

GRÁFICO IV

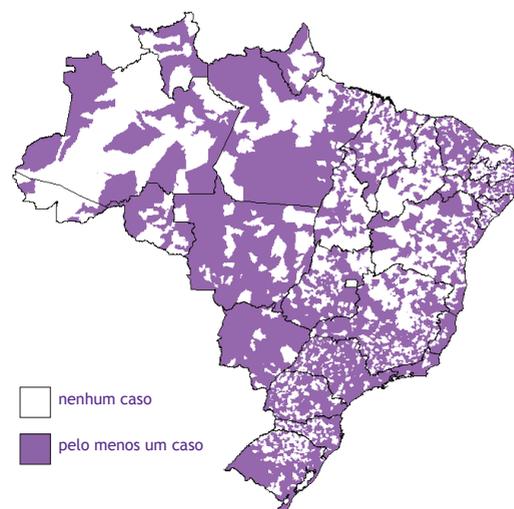
MUNICÍPIOS COM PELO MENOS
01 CASO DE AIDS EM MULHER.
Brasil, 1996-2000*



* Casos notificados no Sinan e registrados no Siscel até 30/06/2005.

GRÁFICO V

MUNICÍPIOS COM PELO MENOS 01 CASO DE
AIDS EM MULHER.
Brasil, 2001-2005*



* Casos notificados no Sinan e registrados no Siscel até 30/06/2005.

O ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA: DESAFIOS PARA A SUPERACÃO DAS VULNERABILIDADES

O principal desafio social e programático a ser considerado é traduzir as soluções para a superação dos diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres as DST e HIV/aids em ações concretas, que assegurem o acesso aos métodos de prevenção disponíveis nos sistema de saúde e, no caso de exposição a um determinado agravo, tenham a garantia de assistência de qualidade.

Nesse sentido, o Plano desencadeará ações estratégicas para incidir sobre os contextos e fatores mais importantes de produção e de superação de vulnerabilidades. São eles:

1- As relações desiguais de gênero

Um aspecto de fundamental importância a ser considerado na análise, tanto da vulnerabilidade individual quanto da social, são as relações de gênero, isto é, as relações de poder existentes entre homens e mulheres.

Em todas as sociedades, há diferenças entre os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres, no seu acesso aos recursos produtivos e

na sua autonomia para tomar decisões. Historicamente, essas diferenças se expressam de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades que as prejudicam fortemente, por exemplo, no acesso ao emprego, à educação, à moradia e à renda. Essas desigualdades também delineiam diferentes formas e níveis de discriminação quanto ao exercício da sexualidade feminina.

Com efeito, esse poder diferenciado entre mulheres e homens também amplia a vulnerabilidade das mulheres, pois relega a sexualidade feminina ao silêncio, sobretudo, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual; e ainda pela violência física e sexual contra mulheres adultas, crianças e adolescentes.

Na perspectiva dos papéis relacionados ao exercício da masculinidade em nossa sociedade, noções como a de que os homens devem iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parceiras sexuais, “controlar” suas parceiras e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são



mais prazerosas, se constituem o centro da vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HIV/aids e outras DST. A reprodução de papéis tradicionais nas relações de gênero, e das relações de poder entre os gêneros, interfere na capacidade de negociação de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros.

Por essas razões, é de suma relevância a inserção de atividades voltadas para a sensibilização e envolvimento dos homens nas estratégias de prevenção das DST/aids e do enfrentamento da violência contra a mulher durante todo o processo de implantação e implementação do Plano.

2- Racismo e Desigualdades Étnico-raciais

É necessário, ao se analisar os contextos de vulnerabilidade da mulher às DST e ao HIV/aids, considerar o recorte étnico e racial. No contexto da feminização e pauperização da epidemia, as mulheres negras e índias se encontram em situação especialmente vulnerável. Condições socioeconômicas desfavoráveis e especificidades culturais, representações em relação ao cuidado com o corpo, à sexualidade e em relação ao adoecimento e suas conseqüências sociais, devem ser consideradas, inclusive, como fatores que podem gerar ou acrescer vulnerabilidade ao HIV e aids.

O racismo, como condição histórica, reafirma-se no dia-a-dia pela linguagem, práticas e relações. Mantém-se e alimenta-se pela tradição e pela cultura. Influencia o funcionamento das instituições e as relações

entre as pessoas; gera preconceito e discriminação, afetando duplamente as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero.

Reforça-se nesse contexto que, para a promoção da equidade em saúde, a relação entre racismo e vulnerabilidade deve estar presente na formulação de políticas públicas. No campo do enfrentamento das DST, do HIV e aids, prioritariamente três aspectos devem ser considerados: o racismo, o racismo institucional, inclusive no âmbito do Sistema Único de Saúde, e o reconhecimento das desigualdades étnico-raciais.

3- Pobreza

O enfrentamento da pobreza entre as mulheres é condição essencial para o controle da epidemia. Pobreza, DST e aids são interdependentes. A epidemia de aids agrava as condições já precárias de reprodução social das famílias pobres, pois os custos relativos ao cuidado com algum membro da família repercutem na renda familiar, mesmo considerando sistemas de saúde mais inclusivos, como o sistema de saúde brasileiro, a maior carga social recai sobre as mulheres, em particular, as mulheres jovens, que passam assumir os cuidados com os membros da família que estão doentes. Nas famílias em situação de pobreza onde a composição da renda conta com a soma do trabalho da mulher, o adoecimento de um de seus membros é sem dúvida um fator econômico que compromete sua estabilidade e sua reprodução, sobretudo se a mulher for a pessoa atingida pela doença.



Há que se considerar, em um programa de enfrentamento da feminização da epidemia, estratégias que visem ao fortalecimento da mulher que se encontra em situação de pobreza. Adoção de medidas de geração de renda, de participação cidadã nas instâncias de controle social, nas organizações políticas e na mobilização social em torno dos seus direitos de cidadania, são de fundamental importância para se reverter o cenário atual da epidemia de DST e aids no país.

Nesse sentido, a estratégia de colocar no centro das ações de controle da epidemia o combate à pobreza é sem dúvida um desafio de todos nós e o caminho possível está dado pela experiência acumulada do Programa Bolsa Família. É imperiosa a integração das ações de controle das DST e do HIV/aids nesse Programa, onde 90% das beneficiárias são mulheres e se mobilizadas podem de fato fazer a diferença, reduzindo a velocidade da epidemia entre mulheres pobres.

Para isso, será necessária a combinação de múltiplos esforços intersetoriais do governo, que articule os esforços de combate a pobreza com esforços de mobilização no enfrentamento da feminização do HIV/aids.

4- Violência Sexual e Doméstica

A violência contra as mulheres - seja ela física, psicológica, sexual ou de outra ordem - constitui um grave risco à saúde e amplia as possibilidades de infecção por doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV/aids.

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 de gestores e profissionais das diversas estruturas, para a organização de serviços de referência e contra-referência e de redes integradas para atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual. Essa rede converge para que sejam adotadas ações integradas, envolvendo atuações com governos estaduais, municipais e Organizações da Sociedade Civil (OSC), dirigidas para prevenção, atenção e protagonismo juvenil. Essa iniciativa compõe o que se define como Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.



Entende-se nesse contexto que 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 a 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.

5- Estigma e violação de direitos humanos

O estigma se constitui como uma das mais significativas formas de violência e violação dos direitos humanos das mulheres no Brasil. Para a superação da epidemia de aids o enfrentamento do estigma tem sido fundamental para a redução das vulnerabilidades. 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.

Muitos são os desafios no que tange ao combate a violação dos direitos humanos e seu impacto na prevenção das DST/aids. Pode-se destacar a situação de privação de liberdade em que vive uma parte significativa de mulheres adultas e jovens em nosso país. Essas mulheres encontram dificuldades em acessar insumos e orientações necessárias em saúde sexual e reprodutiva e se tornam mais suscetíveis a infecção pelo HIV e outras DST.

Historicamente, grupos organizados de mulheres representantes do movimento feminista, do movimento de prostitutas, do movimento de lésbicas e do movimento de pessoas vivendo com HIV/Aids, entre outros, estiveram sempre presentes na luta pelos direitos das mulheres. A união dos diferentes movimentos em prol da realização das ações previstas no Plano possibilitará a redução do estigma, o fortalecimento da articulação intersetorial e, por conseguinte a promoção do acesso aos dispositivos sociais necessários para o exercício da cidadania.



6- Pouco reconhecimento dos direitos dos adolescentes e dos jovens

O Plano contempla ações estratégicas integradas ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. As respostas à ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis entre jovens não podem prescindir de ações estruturadas para a promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, contribuindo para a redução das vulnerabilidades, sobretudo quando nos reportamos a feminização da epidemia em nosso país.

Fatores externos constituem uma poderosa influência sobre como os adolescentes e os jovens pensam e se comportam - o meio em que eles vivem, os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas, e o sistema legal e político. Tais fatores podem se constituir em importantes fontes para o equacionamento da epidemia entre os jovens e como referências para a promoção de práticas sexuais mais seguras e saudáveis.

Estudos de opinião demonstram que os jovens estão cada vez mais participativos e conscientes em relação ao exercício da sexualidade de forma saudável e segura. O Pro-

jeto Saúde e Prevenção nas Escolas, uma parceria entre os Ministérios da Saúde e o da Educação tem se constituído em um exemplo de iniciativa governamental de grande envergadura, pois trouxe para dentro da escola a reflexão sobre sexualidade, saúde reprodutiva, cuidado com a saúde de modo geral, mobilizando toda a comunidade escolar.

Por outro lado, apesar dos avanços alcançados até aqui, sobretudo no que se refere ao uso da camisinha, os jovens continuam se infectando e muitas de suas necessidades de saúde não são resolvidas.

Quando se traz à tona a situação da epidemia entre os jovens, destaca-se o cenário em que vivem as mulheres jovens, pois muitas delas ainda são privadas do acesso à educação formal, principalmente meninas que vivem em situação de pobreza. Muitas encontram dificuldades de diálogo e de negociação de práticas sexuais seguras com seus parceiros, muitas são vítimas de violência sexual dentro da própria casa e muitas outras entram na prostituição como forma de compensar as privações econômicas e sociais em que vivem.

Tal situação, em que se imbricam fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos e políticos, pode aumentar a vulnerabilidade



de desse segmento populacional aos mais diversificados agravos à saúde, especialmente em situações em que não haja a garantia dos direitos de cidadania.

Pesquisa desenvolvida pelo Instituto Cidadania (2005) evidencia elementos que apontam para a vulnerabilidade dos jovens: a inserção social, profissional e educacional, além das dificuldades de serem ouvidos em suas opiniões e necessidades, são os maiores problemas enfrentados pelos jovens brasileiros na atualidade. Dados referentes ao ano de 2000, citados na referida Pesquisa, demonstram que apenas 41.3% dos jovens viviam em famílias com renda familiar per capita acima de um salário mínimo, sendo que 12.25 (4,2) viviam em famílias com renda per capita de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegavam ao ensino médio. Com efeito, as pessoas jovens estão entre as principais vítimas do modelo econômico adotado nas últimas décadas, no qual a exclusão social se aprofunda.

7- As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

As DST são muitas vezes assintomáticas, principalmente entre mulheres. A ausência de sintomas visíveis pode acarretar uma série de complicações. Vários fatores, além das características biológicas, contribuem para que a mulher esteja mais vulnerável a ter DST, como por exemplo: as relações desiguais entre homens e mulheres, a falta de oportunidade de falar sobre sexualidade e conhecer seu corpo, a dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro, e as condições econômico-culturais que podem limitar o acesso a serviços e informações adequadas.

Com o avanço da epidemia da infecção pelo HIV, as DST assumiram um papel ainda mais relevante, ao ser demonstrado que facilitavam a propagação do HIV. As lesões provocadas pelas DST facilitam 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. Portanto, o tratamento das DST, associado à promoção do uso do preservativo, induz à redução significativa da incidência de HIV.

As pessoas que vivem com HIV apresentam maior risco de adquirir outras DST, em função da baixa imunidade provocada pelo vírus, fazendo com que as doenças se manifestem de formas atípicas, possam levar a diagnósticos errôneos e requerer um tratamento mais prolongado.

A maioria das DST tem cura e normalmente os sintomas desaparecem em curto espaço de tempo. Se não forem tratadas adequadamente, podem trazer sérias conseqüências, como esterilidade, aborto, natimortos, partos prematuros, infecção congênita, câncer do colo do útero e até a morte.

Levantamento realizado no Brasil em 2004 demonstrou a internação de mais de 93 mil mulheres com doença inflamatória pélvica (DIP). Em 2006, este mesmo levantamento acusou que 10 mil mulheres foram internadas em decorrência de gravidezes fora do útero. Em ambos os eventos, a grande maioria das causas é as DST não tratadas, que levam muitas mulheres a perderem a funcionalidade de suas trompas, podendo chegar a infecção generalizada e até a morte.

A prevalência de sífilis em gestantes no Brasil é de 1,6%, sendo esperado um total de aproximadamente 10.000 casos de sífilis congênita, por

ano, levando muitas mulheres à morte e internações que poderiam ser evitadas, visto ser 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 conseqüências. 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 rápido e eficaz.

As ações existentes no país ainda se apresentam de forma pulverizada, com importantes diferenças regionais. São essenciais as ações no campo da atenção básica, com ênfase no controle das DST e eliminação da sífilis congênita, no acesso ao diagnóstico precoce da sífilis e do HIV e na prevenção ao câncer de colo de útero.

Além do diagnóstico e tratamento medicamentosos, os serviços devem contar com a oferta de atividades de orientação preventiva, disponibilização de insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante) e de mecanismos para tratamento dos parceiros. É necessário, portanto, um esforço coletivo para divulgar a relevância das DST, capacitar os serviços para atender as mulheres e aperfeiçoar o sistema de informação desses agravos.



8- Uso de drogas

A estratégia de redução de danos pressupõe respeito aos direitos humanos e a promoção da qualidade de vida. A política de aids no Brasil tem considerado essa perspectiva no modelo de atenção para as usuárias e os usuários de drogas em geral, e não somente para os usuários de drogas injetáveis (UDI).

Um dos principais fatores de vulnerabilidade para as mulheres é o uso de drogas injetáveis. Os dados demonstram que a forma de exposição por uso de droga injetável é responsável por uma importante taxa de infecção nas mulheres, seja porque há mulheres que fazem uso freqüente de drogas injetáveis e compartilham seringas e agulhas, seja porque não fa-

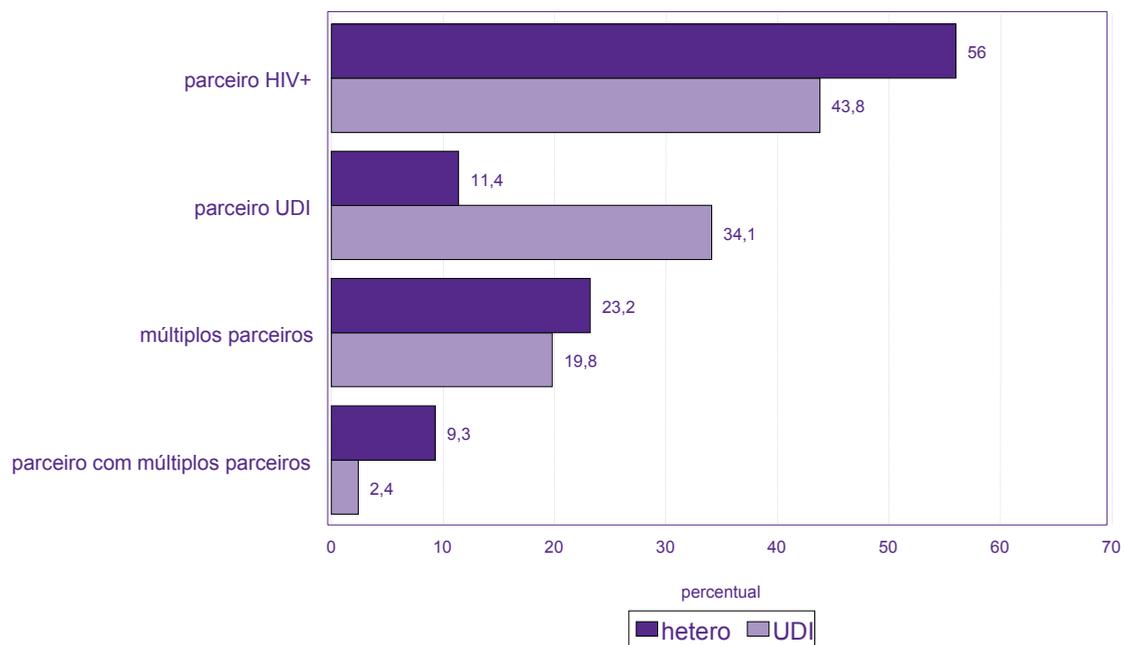
zem uso do preservativo nas relações sexuais com companheiros usuários de drogas injetáveis.

No que diz respeito ao uso de outras drogas é importante considerar o relaxamento em relação à adoção de práticas sexuais seguras. É freqüente em nossa cultura, a ingestão de álcool ou outras drogas como mecanismo de desbloqueio nas relações sexuais, principalmente entre os jovens, o que os leva ao não-uso do preservativo. No caso do uso de drogas entre mulheres, convém salientar que em muitas situações as desigualdades de gênero são mais acentuadas, tornando-se uma desvantagem no que se refere ao controle da epidemia do HIV/aids, pois são estigmatizadas pela condição de usuárias de droga.



GRÁFICO VI

CASOS DE AIDS EM MULHERES SEGUNDO PARCERIA SEXUAL INFORMADA POR CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO. Brasil, 1980 - 2006⁽¹⁾



FONTE:MS/SVS/PN-DST/AIDS

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/06.

POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA AS MULHERES

Tomando como referência os Direitos Sexuais e os Direitos Reprodutivos (tais como proposto nas Conferências de Cairo, 1994; Beijing 1995 e na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres 2004), as estratégias do Plano devem contemplar as mulheres em suas especificidades: 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; profissionais do sexo; trabalhadoras do campo e da cidade; mulheres em situação de violência sexual e doméstica; portadoras de deficiência; mulheres no climatério e as mulheres idosas.

Na perspectiva do acesso universal, da integralidade e equidade à prevenção e à assistência em saúde, torna-se urgente o fortalecimento de ações contextualizadas em uma política que contemple as diferentes necessidades de saúde das mulheres e suas formas de expressão, assegurando: o acesso aos serviços de saúde qualificados para a identificação das vulnerabilidades, para a atenção à saúde sexual e a saúde 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 implementação das ações propostas no Plano depen-

dem da mobilização dos diferentes atores governamentais e não-governamentais envolvidos em programas, projetos e ações e precisam contemplar as diferentes especificidades regionais e culturais. Para tanto, a proposta é que o Plano seja trabalhado em atividades de planejamento no âmbito regional, incluindo a participação de diferentes setores que atuam no campo dos direitos das mulheres.

O Plano possibilita a consolidação do compromisso que vem sendo assumido historicamente pela Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, pelo Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher e do Programa Nacional de DST/aids, e pelos demais parceiros governamentais e não-governamentais que trabalham no sentido de afirmar e efetivar os direitos assegurados às mulheres na legislação brasileira e implementar políticas com vistas a redução das desigualdades em nosso país. A integração entre essas diferentes áreas será capaz de promover respostas efetivas que contemple a sustentabilidade, descentralização e atenção integral às mulheres.

As desigualdades entre os gêneros estruturam diferentes graus de discriminação das mulheres, as excluem



da participação em dimensões fundamentais da vida em sociedade e restringem sua liberdade para exercer plenamente os seus direitos humanos 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.

No Brasil, durante muito tempo, as mulheres estiveram excluídas do exercício de cidadania. Basta lembrar que somente em 1932, com o Código Eleitoral Brasileiro, foi assegurado às brasileiras o direito ao voto.

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

É nesse contexto histórico e político que, em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM), 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 na promoção da igualdade”. A SPM tem importante papel articulador das políticas do Governo Federal voltadas para as mulheres.

Em 2004, convocada pelo Governo Federal e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM) que envolveu em seu processo, diretamente, mais de 120 mil mulheres de todos os 26 estados e do Distrito Federal e mais de dois mil municípios do País. Desta, resultou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) que vem sendo colocado em prática sob a coordenação da SPM, de forma transversal e com impactos estaduais e municipais. O PNPM é um documento estratégico para todo o governo federal no que diz respeito a políticas para as mulheres. É estruturado em torno de quatro eixos de atuação: Autonomia; Igualdade no Mundo do Trabalho e Cidadania; Educação Inclusiva e não Sexista; Saúde das Mulheres e Direitos Reprodutivos; e Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

Por sua vez, a proposta de enfrentamento da feminização da epidemia do HIV/aids tem 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. Nessa área a SPM e o Ministério da Saúde atuam no sentido de instituir e fortalecer medidas e ações de enfrentamento à violência contra as mulheres - seja ela física, psicológica ou sexual.

No Brasil, a saúde da mulher se incorpora às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do Século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infan-



tis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduzem uma visão incompleta das necessidades de saúde das mulheres, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e dona de casa, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Esses programas foram vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, pois tornavam evidentes as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos.

Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores das políticas de

saúde para mulheres. O PAISM constituiu a base dos esforços governamentais relacionados ao campo das políticas, estratégias e programas do sistema de saúde na área da saúde da mulher. Em 2004, esse programa toma a forma da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. A definição das prioridades dessa Política baseou-se em um quadro sobre a situação de saúde das mulheres no Brasil e levou também em consideração as reivindicações dos movimentos sociais que lutam pelos direitos humanos das mulheres na área da saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher define ações estratégicas voltadas para o combate à feminização da epidemia e atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV/aids. No âmbito da implantação e implementação do Plano, a Área Técnica da Saúde da Mulher prevê a promoção conjunta da prevenção e do controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina e a ampliação e qualificação da atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras de infecção pelo HIV e outras DST.



OBJETIVO GERAL DO PLANO

Enfrentar a feminização da epidemia do HIV/aids e outras DST por meio da redução das vulnerabilidades que atingem as mulheres, estabelecendo políticas de prevenção, promoção e atenção integral.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PLANO

1. Promover o acesso universal à atenção integral em DST/aids para as mulheres;
2. Reduzir a morbidade das mulheres relacionadas as DST;
3. Reduzir os índices de violência sexual e doméstica contra as mulheres;
4. Reduzir a Transmissão Vertical do HIV e da sífilis;
5. Promover a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/aids.

DIRETRIZES

- Promover a defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres;
- Reduzir o estigma ao HIV/aids e a discriminação em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade;
- Reduzir as iniquidades regionais, territoriais e de contexto de pobreza;
- Promover a equidade racial, étnica, de gênero e de orientação sexual das mulheres no acesso a informação, diagnóstico e tratamento;
- Fortalecer, implementar e ampliar as ações de prevenção, promoção e assistência as DST, HIV e aids de forma integral e equânime, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.



AÇÕES ESTRATÉGICAS

- Ampliação da cobertura e garantia de acesso à insumos de prevenção; ao diagnóstico do HIV e da sífilis; a serviços de saúde de qualidade; universal e gratuito ao tratamento; à informação e às ações educativas sobre DST e HIV/aids para às mulheres;
- Estabelecimento de parcerias com setores governamentais, não-governamentais e sociedades científicas para implementação do Plano;
- Interlocução com novas ações e Programas de Governo já existentes, nas três esferas de gestão;
- Integração entre as redes de mulheres, redes de serviços de saúde, segurança pública, justiça, assistência social - estabelecimento de referência e contra-referência;
- Aprimoramento, ampliação e qualificação da informação sobre câncer ginecológico;
- Realização de oficinas de apoio aos estados e municípios para efetivação do Plano e para o reforço da capacidade técnica e da gestão local;
- Articulação com estados e municípios para a aplicação de recursos para ações de enfrentamento da feminização da epidemia do HIV/Aids e outras DST;
- Apoio ao fortalecimento das ações em redes entre os diferentes movimentos de mulheres;
- Estabelecimento de mecanismos para monitoramento do cumprimento das pactuações, por parte dos três níveis de governo;
- Qualificação da atenção a saúde mental das mulheres;
- Realização de capacitação permanente para gestores e profissionais de saúde e educação em Gênero, Direitos Humanos, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos;
- Inclusão dos temas Gênero, Violência, Direitos Humanos, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos em todas as ações em DST/aids;
- Apoio técnico na elaboração de protocolos e fluxos de atenção integral para as redes e serviços especializados;
- Promoção de estratégias de sensibilização de gestores e integrantes das redes locais;
- Estabelecimento de estratégias regionais de informação e comunicação em DST e aids (vulnerabilidades, direitos sexuais, direitos reprodutivos, violência, prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e direitos humanos);



- Disponibilização dos exames laboratoriais para o diagnóstico e monitoramento de HIV e sífilis e outras DST;
- Revisão do quantitativo e da logística de distribuição de insumos essenciais para as atividades de controle da transmissão vertical do HIV e sífilis, profilaxia em situação de violência sexual e DST;
- Estabelecimento de mecanismos que incluam os quesitos raça/cor/etnia na implementação do Plano;
- Estabelecimento de estratégias com setores governamentais e não-governamentais que atuam no campo do enfrentamento da pobreza;
- Estabelecimento de estratégias direcionadas aos homens para as ações de enfrentamento da feminização da epidemia do HIV/aids e outras DST;
- Implantação e implementação do Sistema Nacional de Informações sobre violência contra a mulher;
- Consolidação e integração dos sistemas de informação em vigilância (notificação da aids, sífilis na gestante, sífilis congênita e violência), segurança pública, assistência social e direitos humanos);
- Implementação do processo de capacitação e treinamento dos profissionais atuantes nos serviços de prevenção e atenção integral para mulheres em situação de violência sexual e doméstica;
- Regulamentação e implementação da legislação em vigor para garantir os mecanismos do enfrentamento da violência contra a mulher;
- Articulação com o 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 instancias de controle social.
- Fortalecimento das redes de mulheres vivendo com HIV/aids.



M E T A S

1. Ter reduzido, até 2008, a taxa da transmissão vertical do HIV de 4% para menos de 1%;
2. Ter eliminado a sífilis congênita;
3. Ter integrado em 100% a rede básica de atenção integral para mulheres em situação de violência doméstica e sexual;
4. Ter implementado em 100% dos municípios que têm a política de incentivo no âmbito dos Programas de DST e Aids e Saúde da Mulher, ações de enfrentamento da violência sexual e doméstica;
5. Ter ampliado as redes de atenção às pessoas em situação de violência sexual e doméstica em 100% dos municípios prioritários.
6. Ter aumentado de 90,2% para 95% a proporção de mulheres que relatam espontaneamente a relação sexual como forma de transmissão do HIV (PCAP,2004);
7. Ter aumentado de 35% para 70% a proporção de mulheres que relatam já terem sido testadas para o HIV; (PCAP, 2004);
8. Ter aumentado de 70% para 90% a proporção de mulheres que referem ter realizados exames ginecológicos com preventivo nos últimos 3 anos (PCAP, 2004);
9. Ter aumentado de 17% para 50% o número de escolas de ensino médio da rede pública que disponibilizam preservativos (Censo Escolar, 2005);
10. Ter estabelecido linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre sexualidade e reprodução em mulheres vivendo com HIV/aids;
11. Ter estabelecido uma linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre a prevalência de DST em mulheres;
12. Ter adquirido 10 milhões de preservativos femininos.



ATIVIDADES SUGERIDAS

| META | ATIVIDADE | EXECUTORES |
|---|--|---|
| <p>Ter reduzido, até 2008, a taxa da transmissão vertical do HIV de 4% para menos de 1%;</p> <p>Ter eliminado a sífilis congênita.</p> | <p>Divulgação dos manuais e protocolos;</p> <p>Capacitação de recursos humanos para atendimento especializados;</p> <p>Operacionalização do plano de redução da Transmissão Vertical do HIV e sífilis no País;</p> <p>Implantação de teste rápido para o HIV e sífilis, com aconselhamento, em cenários específicos;</p> | <p>Ministério da Saúde</p> <p>Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde</p> |
| <p>Ter integrado em 100% a rede básica de atenção integral para mulheres em situação de violência doméstica e sexual;</p> <p>Ter implementado em 100% dos municípios que tem a política de incentivo no âmbito dos Programas de DST e Aids e Saúde da Mulher, ações de enfrentamento da violência sexual e doméstica;</p> <p>Ter ampliado as redes de atenção às pessoas em situação de violência sexual e doméstica em 100% dos municípios prioritários.</p> | <p>Implementação das diretrizes, normas técnicas, protocolos e fluxos de atendimento a pessoas em situação de violência sexual e doméstica;</p> <p>Articulação e mobilização técnica e política nos municípios prioritários;</p> <p>Apoio técnico-financeiro por meio de convênios para a operacionalização de centros de qualificação de profissionais que atendem pessoas em situação de violência doméstica e sexual.</p> | <p>Ministério da Saúde Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres</p> <p>Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde</p> <p>Coordenadorias e Secretarias Estaduais de Mulheres</p> |



| META | ATIVIDADE | EXECUTORES |
|--|---|--|
| <p>Ter aumentado de 90,2% para 95% a proporção de mulheres que relatam espontaneamente a relação sexual como forma de transmissão do HIV (PCAP,2004);</p> <p>Ter aumentado de 35% para 70% a proporção de mulheres que relatam já terem sido testadas para o HIV (PCAP, 2004);</p> <p>Ter aumentado de 70% para 90% a proporção de mulheres que referem terem realizados exames ginecológicos com preventivo nos últimos 3 anos (PCAP, 2004);</p> <p>Ter aumentado de 17% para 50% o número de escolas de ensino médio da rede pública que disponibilizam preservativos (Censo Escolar, 2005).</p> | <p>Formação de um GT para definição de uma estratégia de comunicação;</p> <p>Elaboração de material educativo;</p> <p>Realização de campanhas;</p> <p>Realização de oficinas para profissionais de saúde, educação e comunicação;</p> <p>Formação de profissionais de saúde e educação, e de jovens nos temas gênero, DDHH; DDSS e DDDR no âmbito do Saúde e Prevenção nas Escolas;</p> <p>Disponibilização de insumos por meio de grades de distribuição de preservativos para estados e escolas.</p> | <p>Ministério da Saúde</p> <p>Ministério da Educação</p> <p>Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres</p> <p>Secretarias de Saúde e Educação de estados e municípios</p> <p>Coordenadorias de Mulheres</p> |
| <p>Ter estabelecido linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre sexualidade e reprodução em mulheres vivendo com HIV/aids.</p> | <p>Elaboração e publicação de edital de pesquisa;</p> <p>Formação de GT para estruturação de uma agenda integrada para efetivação do Planejamento Reprodutivo em Casais que convivem com HIV no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida/Adoção, no SUS;</p> <p>Fortalecimento das redes das mulheres vivendo com HIV/aids;</p> <p>Realização de seminários e oficinas para formulação de políticas voltadas para a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/aids, a partir da linha de base.</p> | <p>Ministério da Saúde</p> <p>Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres</p> |



| META | ATIVIDADE | EXECUTORES |
|--|---|--|
| <p>Ter estabelecido uma linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre a prevalência de DST em mulheres.</p> | <p>Elaboração e publicação de edital pesquisa;</p> <p>Fortalecimento das redes das mulheres para o contexto das DST - evitando complicações;</p> <p>Implementação da política de incentivo para o desenvolvimento de pesquisas em DST.</p> | <p>Ministério da Saúde</p> <p>Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde</p> <p>Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres</p> |
| <p>Adquirir 10 milhões de preservativos feminino.</p> | <p>Publicação de edital para aquisição de preservativo feminino;</p> <p>Publicação de edital para a realização do estudo de aceitabilidade;</p> <p>Realização de estudo de aceitabilidade das várias apresentações da matéria prima;</p> <p>Aquisição dos preservativos feminino.</p> | <p>Ministério da Saúde</p> |



MARCOS QUE NORTEIAM AS 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 a 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 e 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 8 Objetivos de Desenvolvimento, incluindo a promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres, com 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.



Secretaria Especial de
Políticas para as Mulheres

Ministério
da Saúde

