

4ª versão
outubro de 2002

Ministério da Saúde
Secretaria de Programas de Saúde
Coordenação Nacional de DST/Aids
Unidade de Prevenção

Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres

Outubro de 2002

SUMÁRIO

Apresentação

O contexto sócio-político e econômico e a epidemia de aids entre as mulheres

Vulnerabilidades

A epidemia de aids e as mulheres

Estratégias e diretrizes para a prevenção e a assistência

Programas e políticas

Prevenção às DST/AIDS

Abordagens de prevenção

Aconselhamento

Saúde sexual e reprodutiva

Anexos

A mulher vítima de violência no Brasil

Mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM)

Projetos Conveniados com a CN-DST/Aids que trabalham com mulheres

ONGs que atuam no segmento de aids e saúde sexual e reprodutiva

Referências bibliográficas

Créditos

APRESENTAÇÃO

Como parte de suas atribuições, a Coordenação Nacional de DST e Aids (CN-DST/AIDS) vem definindo diretrizes nacionais no âmbito da implantação e aprimoramento de políticas e estratégias relacionadas à assistência e prevenção da epidemia pelo HIV no país. Entendendo que em todas as suas atividades os princípios de sustentabilidade, descentralização e integração devem ser contemplados, a CN-DST/Aids aplica esforços no sentido de garantir neste processo a participação de atores diretamente ligados às ações implementadas junto aos diferentes segmentos da população, como as organizações não-governamentais (ONGs), os programas estaduais e municipais de DST/AIDS, da saúde da mulher, e outras instituições parceiras. Partindo desta perspectiva, vários fóruns de discussão são promovidos pela esfera governamental, visando o intercâmbio de informações e a definição de medidas mais eficazes e eficientes de intervenções junto aos segmentos populacionais mais vulneráveis ou com risco acrescido em relação à infecção pelo HIV/AIDS.

As ações de prevenção em DST/AIDS têm como referencial teórico a noção do processo saúde e doença como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos. Além disso, os princípios e as diretrizes que regem as ações de prevenção para as DST/AIDS estão baseadas em conceitos e marcos teóricos na perspectiva de vulnerabilidade ou risco acrescido para a infecção pelo HIV/AIDS tendo como princípios os direitos humanos. Fundamentadas em tais marcos teóricos, políticas públicas de prevenção são desenvolvidas visando ações de fortalecimento de intervenções educativas, sociais e comportamentais (por meio de apoio a programas e atividades) e a articulação com outras esferas dos poderes público, privado e da sociedade civil, buscando promover maior integração das ações de promoção à saúde e prevenção das DST/AIDS.

Com o crescimento dos números de casos de aids entre as mulheres, desde 1997, foi criado, no âmbito da CN-DST/Aids, o Grupo Assessor de Mulheres. Esse grupo tem como objetivo assessorar a CN-DST/Aids na proposição e acompanhamento de políticas, princípios

e diretrizes para as questões relativas às estratégias de promoção à saúde e prevenção de DST/AIDS junto à população feminina.

O panorama epidemiológico do país apresentado neste documento assinala a feminização, pauperização e interiorização da epidemia de HIV/AIDS. Nele, a população feminina figura como alvo explícito. Dada a necessidade de consolidar estratégias de maior sensibilização da população feminina frente à epidemia de aids, a CN-DST/Aids, por meio do Grupo Assessor de Mulheres, desempenhou papel de articulação política, mobilizando setores do Governo e da Sociedade, realizando, dentre outras atividades, uma série de reuniões com diferentes setores do movimento social que tem desenvolvido ações junto às mulheres, na amplitude de sua diversidade social de gênero, identidade sexual, raça e etnia com vistas ao estabelecimento de estratégias conjuntas para o enfrentamento da epidemia entre mulheres nas diferentes populações femininas com abordagem de gênero, vulnerabilidade e risco acrescido.

A valorização do papel dos profissionais de saúde na abordagem da integralidade da atenção à saúde, levando em conta as questões de gênero, no atendimento a homens e mulheres, é fundamental para o desenvolvimento de ações eficazes de prevenção e assistência às DST/AIDS. Além disso, é preciso que se enfatize a necessidade da integração da prevenção e assistência na rede pública de saúde.

As diretrizes e estratégias de prevenção e assistência devem levar em conta todo o contexto de saúde do país e o atual quadro da epidemia. Esta publicação frisa, portanto, a necessidade da promoção de ações de prevenção e assistência às mulheres de uma forma geral, sejam elas soronegativas ou soropositivas.

O CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO E ECONÔMICO E A EPIDEMIA DE AIDS ENTRE AS MULHERES

Desde o final de 1985 até hoje o cenário brasileiro para o enfrentamento da epidemia em muito se modificou, tendo que ser consideradas não somente as alterações do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS, como também as mudanças no cenário político-econômico. As políticas de desenvolvimento de cada país não são definidas apenas internamente, mas são dependentes e estão articuladas a processos mundiais, que não são necessariamente igualitários, sendo as inserções e o peso de cada país diferentes e desiguais. Portanto, não é possível excluir as questões da epidemia da aids das políticas de desenvolvimento, tanto no sentido de que suas causas são aí encontradas como também as estratégias para combatê-las derivam diretamente do modo como as políticas públicas são pensadas e executadas.

São vários os espaços onde as questões do desenvolvimento são debatidas no campo internacional e no caso da epidemia da aids, adquirindo especial relevância os processos políticos internacionais do Sistema ONU (Organização das Nações Unidas), as relações com as instituições financeiras multilaterais e a Organização Mundial de Comércio (OMC). O Sistema ONU tem realizado esforços para minimizar e reverter os rumos que os países fortes da OMC têm imprimido ao debate sobre a produção local de medicamentos e a quebra de patentes de medicamentos de aids, com algumas conquistas bastante significativas. Este é um elemento muito importante, na medida em que as Nações Unidas são vistas como o espaço mais integrador das grandes estruturas internacionais. As instituições financeiras multilaterais, em especial o Banco Mundial, (BIRD) financiam programas de combate a aids em muitos países, como é o caso do Brasil, e desde o início seus programas têm tratado a epidemia como uma questão de desenvolvimento.

Segundo recentes informes do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD,2000) sobre a pobreza no mundo, a falta de recursos e as condições precárias de saúde estão fortemente vinculadas. As más condições de habitação,

o não acesso à água potável, saneamento e serviços básicos, resultam numa maior probabilidade de contrair doenças. Por outro lado, a doença intensifica a pobreza, pois impede o trabalho e obriga a dedicar parte das escassas economias para a atenção à saúde e medicamentos. Para romper esse ciclo, é preciso ter políticas públicas que promovam uma atuação mais ampla que permita incrementar a capacidade das comunidades de proteger sua saúde, simultaneamente ao fomento do desenvolvimento local.¹

A epidemia do HIV/AIDS é uma realidade mundial, se alastra de modo mais expressivo nas regiões mais pobres do planeta e contribui para o agravamento da pobreza e para o endividamento dos países. Essa epidemia afeta as pessoas na plenitude de sua vida e combina a falta de recursos ao alto custo da atenção. Apesar de uma tendência à pauperização da epidemia de aids no Brasil, essa ainda está concentrada, paradoxalmente, nas regiões mais ricas, mas que também concentram os mais altos índices de desigualdade social e exclusão econômica e social, como é característica das periferias das grandes cidades. Neste sentido, a pobreza também diz respeito a populações com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação, vivendo da economia informal, além de outras condições de vulnerabilidade, como a violência urbana, a falta de oportunidades profissionais, famílias desintegradas, exposição ao uso de drogas ilícitas, opressão sexual, entre outras condições que, atuando de forma sinérgica, ampliam as chances de infecção ao HIV e a outras doenças, assim como a outras mazelas sociais.

Quanto ao perfil epidemiológico da aids, observamos que o total de casos de aids acumulados no Brasil para o período 1980 a março de 2002 chega a 237.588 mil notificações, sendo 63.560 em mulheres, quase 27% (Brasil, 2002). O crescimento da epidemia torna-se mais diferenciado entre homens e mulheres: entre os homens, observou-se no período de 1994-98 um percentual de crescimento de 10,2% das notificações, enquanto nas mulheres este crescimento foi de 75,3%. É exatamente neste contexto que a epidemia de aids vai mudando o perfil dos grupos atingidos: pobres, mulheres, e se interiorizando para cidades de menor porte, sendo possível observar que os novos casos incidem com maior frequência sobre mulheres com pouca ou nenhuma escolaridade, em situação de pobreza e com pouco acesso à informação. No que diz respeito à pauperização

¹ UNDP Poverty Report 2000. Informe disponível em <www.undp.org/povertyreport/main/spanish.html>. Acessado em 11/07/2002.

da epidemia, a escolaridade tem sido utilizada como variável indireta de situação sócio-econômica, o que veio a refletir o aumento da epidemia entre aqueles com menor escolaridade.

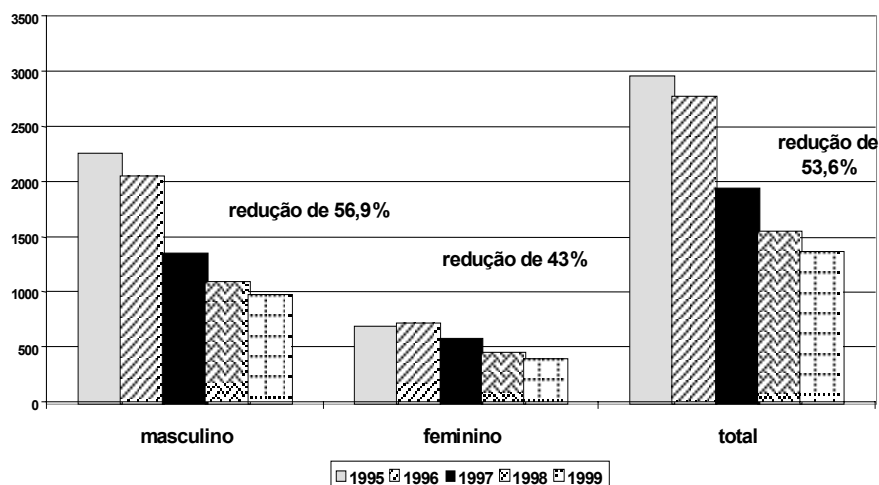
No início da epidemia, a quase totalidade dos casos tinha escolaridade superior ou média (76% em 1985) sendo que nos anos subseqüentes, houve uma tendência de aumento de casos com menor escolaridade. No período entre 1999-2000, entre os casos com escolaridade informada, 74% eram analfabetos ou haviam cursado até a quarta série do ensino fundamental. Para homens, há uma redução dos indivíduos com maior escolaridade no decorrer dos anos, porém para as mulheres, desde o início da epidemia as proporções no grupo de menor escolaridade já ultrapassavam 70%, se mantendo relativamente estáveis. Entre os homens, 2,8% são analfabetos, cifra que sobe a 5,1% entre as mulheres (Castilho,2001)².

Outra característica marcante dos últimos anos tem sido o crescente aumento da sobrevida dos casos de aids e a mudança da história natural da doença. Com a disponibilidade do tratamento com anti-retrovirais, há uma redução considerável no registro de quase todas as oito principais condições associadas à aids nos períodos iniciais (1980-88) e mais recentes (1998-99) da epidemia . Aqui vemos também uma diferença entre homens e mulheres, pois a queda nos números absolutos de óbitos por aids verificada nos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo no período de 1995 a 1999, mostra uma redução mais expressiva entre os homens que entre as mulheres. Esta menor redução das taxas de mortalidade entre as mulheres, quando comparada a dos homens, reflete o crescimento ainda importante da epidemia no sexo feminino e o acesso à assistência nem sempre de qualidade. Este diferencial estaria explicado por diversos fatores, entre eles os diferentes estágios da epidemia em cada região do país, com diferentes percentuais de mulheres entre os casos, diferenças no acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos, à diferente qualidade na assistência prestada, incluindo a baixa valorização dos sinais e sintomas na mulher. Conseqüentemente, criando obstáculos ao diagnóstico precoce e ao acesso e à adesão ao tratamento.³

² Castilho, E. Texto da exposição no painel “Panorama da Epidemia de AIDS no Brasil”, dentro do Seminário sobre Pesquisa em DST/HIV/AIDS” Rio de Janeiro, junho 2001

³ Fonseca, Maria Goretti; Barreira, Draurio A evolução da mortalidade por aids no País, segundo sua distribuição geográfica. Editorial. CN-DST/AIDS. Boletim Epidemiológico – AIDS. ANO XIII Nº 03 - 36ª a 52ª SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS - OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2000.

Figura 1 - Óbitos por aids, em nº absolutos segundo sexo. São Paulo – Brasil, 1995 a 1999



Fonte: PROAIM/SMS-SP

Além disso, em grande parte das vezes as mulheres recebem um diagnóstico tardio de soropositividade ou vivenciam problemas no seu atendimento, tendo em vista que uma parcela de profissionais de saúde, ainda persistem com referenciais de “grupos de risco” e não as situam num quadro de vulnerabilidade. Portanto, há baixa notificação de casos e identificação tardia de infecções oportunistas pela dificuldade de associar as mulheres ao diagnóstico de aids, podendo gerar, conseqüentemente, quadros de morbidade e mortalidade.⁴

Ao longo desse processo, cabe destacar do conjunto das transformações que a epidemia pelo HIV/AIDS impôs, uma estratégia relevante e inovadora implantada pela esfera governamental: o apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de projetos da sociedade civil voltados para o controle das DST/AIDS. Essa estratégia, efetivada a partir de 1994, viabilizou a melhor estruturação das redes sociais e das organizações da sociedade civil no que tange o trabalho de prevenção e assistência das DST/AIDS, tendo como conseqüência direta maior eficácia na resposta coletiva ao impacto social da epidemia.

Os projetos e ações apoiadas desde 1994 cumpriram dois papéis tidos como fundamentais: oficializar o reconhecimento da esfera governamental em relação à

⁴ Diniz e Villela, 1999; Arilha, 2001.

relevância da organização e mobilização social face à epidemia e o de garantir o intercâmbio de informações, a discussão de questões vinculadas à visibilidade da epidemia no país, e o respeito à cidadania e aos direitos humanos e à assistência para as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Em termos de diretrizes para políticas públicas em relação a aids dirigidas às mulheres devem ser pensadas a partir de referenciais como vulnerabilidade social, gênero e raça, e devem contemplar a diversidade/pluralidade das populações femininas, objetivando a prevenção e assistência de mulheres soropositivas e soronegativas. Devem ainda prever a inclusão dos homens, de modo a contemplar verdadeiramente a questão relacional de gênero. As diretrizes devem focar os profissionais de saúde e visar a humanização do atendimento, com uma característica de integralidade e intersetorialidade. As diretrizes devem contemplar ainda mecanismos e espaços existentes para viabilizar o exercício do controle social.

É necessário ainda, enfatizar a necessidade de discussão sobre o processo de descentralização considerando os aspectos de integralidade e intersetorialidade do atendimento nas instâncias de pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS), como na Tripartite (reunião de gestores municipais, estaduais, federal), no Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) bem como, no Conselho Nacional de Saúde. Desde janeiro de 2001, está em vigor a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), com objetivo de facilitar a pactuação e viabilizar procedimentos entre municípios, fortalecendo assim a implementação do SUS. Essa discussão é básica para um desenvolvimento local, integrado e sustentável. É a atuação direta do município que impacta o cotidiano de homens e mulheres.

A aids se apresenta como uma epidemia dinâmica, complexa e multifatorial, cujos arranjos são determinados, sobretudo, pelas condições de vida, questões de gênero, composições étnicas e etárias das populações atingidas, seus padrões de mobilidade populacional e de comportamento sexual.

A reflexão sobre gênero e saúde acrescenta ao debate sobre a epidemia de aids um conjunto de desafios, entre eles superar a chamada “cegueira de gênero”, que fez com que em grande medida, as mulheres tenham sido invisíveis na epidemia; que sua importância

como grupo vulnerável tenha sido subestimada; que as ações dirigidas às mulheres em grande parte se limitem à prevenção da transmissão perinatal – tratando a mulher como meio, e não como finalidade da assistência e da prevenção. E, sobretudo, à dificuldade de reconhecer e lidar com o diferencial de poder entre homens e mulheres como fator determinante da transmissão do HIV. Aqui se incluem questões delicadas como, entre outras, a violência de gênero, física e sexual, contra mulheres e contra crianças de ambos sexos, e o debate sobre as opções reprodutivas no contexto da ilegalidade do aborto e possibilidades de reprodução assistida. A esses desafios se somam mais duas urgências – a incorporação dos homens ao debate e ao desenho de políticas, assim como a necessidade de contemplar o respeito e a promoção dos direitos humanos de todos os envolvidos.

A produção brasileira sobre as relações entre gênero e saúde tem sido reconhecida internacionalmente, especialmente por sua capacidade de ser traduzida em políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, desde antes mesmo das Conferências Internacionais de Cairo e Pequim, que consagraram estes conceitos. No país, a partir da década de 80 o conceito de *saúde integral*, trazendo a discussão da socialidade e das relações de poder nas questões de saúde da mulher e sua assistência, orientou a organização das ações do Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM), em certa medida antecipando a abordagem de saúde (e direitos) sexuais e reprodutivos.⁵

⁵ Há presentemente uma polêmica acalorada sobre a pertinência dos termos associados à integralidade da assistência à saúde, em oposição ao uso dos termos saúde sexual e reprodutiva. A discussão dos limites e alcances das duas alternativas conceituais, muito estimulante, tem sido trazida por várias autoras e não cabe nos limites deste trabalho, até porque subestimamos a incompatibilidade do uso de ambos, e faremos referência a cada um deles quando parecer mais adequado. Para uma visão geral do debate entre os pólos conceituais da integralidade e da saúde reprodutiva, ver Corrêa (2001), citada acima.

VULNERABILIDADES

“Sem que haja uma transformação das relações desiguais de poder de gênero que existem em toda sociedade, as mulheres do mundo inteiro continuarão a ser alvos preferenciais da própria segurança. Sem corrigirmos a injustiça sócio-econômica que existe tanto dentro das nações quanto entre o mundo desenvolvido e em desenvolvimento, os pobres (tanto no Norte como no Sul) continuarão a sofrer o maior impacto de uma epidemia que já se tornou íntima da pobreza e da miséria”.
(Parker, 2000)

Em trabalhos recentes, o antropólogo Richard Parker tem revisado as teorias e modelos que orientam o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS. Comparativamente ao início da epidemia, Parker tem assinalado uma substituição de modelos mais individualistas e informativos para “modelos mais multidimensionais de conscientização coletiva e mobilização comunitária”, considerados como potencialmente mais efetivos (Parker, 2000).

Durante a primeira década da epidemia, a noção de “risco individual” era predominante nos trabalhos de forma em geral. Essa noção era conformada tanto por comportamentos culturalmente adquiridos como pela concepção epidemiológica de “grupos de risco”. A história da epidemia contraria essa noção de risco e deixa claro que esta epidemia nunca foi democrática e que, ao contrário, pode e deve ser explicada com base em cenários sócio-culturais e políticos (Parker, 2000).

Na década de 90, a contradição entre as noções de “grupo de risco” e “público em geral” (por meio da crença e difusão da idéia, à época, de que “a aids é uma epidemia de todos”) força um deslocamento da idéia de “risco individual” para uma “vulnerabilidade social”.

O conceito de vulnerabilidade especificamente aplicado à saúde pública resultou de um processo entre o ativismo frente a epidemia de aids e o movimento dos Direitos Humanos. O discurso da vulnerabilidade na saúde pública surgiu a partir da proposta de um

diagnóstico das tendências mundiais da pandemia da aids no início da década de 90 pela Escola de Saúde Pública de Harvard.

Em 1992, Jonathan Mann desenvolveu uma nova conceituação de vulnerabilidade que se aproxima de uma qualidade de sujeitos e de coletividades (qualifica o modo de vida) modelada em três dimensões para as quais a ética, a política e o direito são elementos fundamentais.⁶ Neste caso, a noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma matriz em que as formas de exposição ao HIV (sexual, uso de drogas, contaminação do sangue, de seus derivados e exposição perinatal) se referem a fatores que se conectam a essas três dimensões: social, programática e individual.

No plano individual, a vulnerabilidade se relaciona basicamente a comportamentos e atributos pessoais que condicionam a possibilidade de prevenção da infecção. É importante assinalar que esses comportamentos estão necessariamente relacionados ao meio social em que emergem e se reproduzem, ao grau de consciência que os indivíduos têm sobre eles e ao potencial poder de transformação que estes indivíduos tenham sobre as suas condutas.

O conceito de vulnerabilidade permite entender mais plenamente como questões relacionadas a desigualdade, estigma, discriminação e violência, dentre outras, aceleram a disseminação da epidemia de aids (Parker, 2000), e que alguns indivíduos e grupos estão em situação de maior vulnerabilidade, dentre eles, as mulheres.

A dimensão programática contempla o nível da execução de políticas e programas voltados para o controle da infecção e das doenças à ela relacionadas. Nesta dimensão também se analisam os programas relacionados indiretamente ao controle da infecção pelo HIV, como por exemplo, aqueles relacionados à saúde reprodutiva, a saber assistência à mulher no parto, ao puerpério e à criança.

A dimensão social privilegia os componentes estruturais condicionadores do contexto em que a epidemia ocorre, com destaque para as condições de vida, os direitos humanos e a defesa da cidadania. Essa percepção da vulnerabilidade social, ou uma visão macro estrutural, é crucial para a implementação de políticas públicas bem orientadas e eficazes.

⁶ Parker et al. (1993).

As relações historicamente construídas de opressão entre os sexos, que colocam as mulheres em situação de vulnerabilidade, evidenciam a importância de incorporar às políticas públicas, marcos conceituais que possam ser elucidativos no trabalho de prevenção ao HIV/AIDS, como o conceito de gênero.

Gênero é uma categoria de análise utilizada para demonstrar a carga de socialização e cultura que atua, de forma relacional, sobre homens e mulheres. A sociedade brasileira é marcada por uma assimetria de gênero, sendo nessa lógica o gênero masculino o “pólo hegemônico”. Histórica e culturalmente, os indivíduos de sexo masculino ocuparam, na sociedade brasileira e em outras, a cena pública (como a rua, o trabalho etc.), e às mulheres era reservado o espaço do privado (a casa, as emoções, os sentimentos etc.). Quando combinada a outras dimensões, como classe social, raça, escolaridade e faixa etária, gênero é uma categoria explicativa para comportamentos de grupo que são, em última instância, aprendizado social, mediado por várias agências socializadoras, como a família, a escola, os amigos, a igreja, a mídia etc.

Ao considerar sexo, sexualidade e comportamento como construções sociais, portanto dimensões atravessadas pelo plano da cultura, a iniciação sexual deixa de ser um ato meramente individual, psicológico ou biológico para ser um fato social. Dados do estudo citado anteriormente, sobre o comportamento sexual do brasileiro (CEBRAP, 2000) demonstram que a população está iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo.⁷

A iniciação sexual feminina, no Brasil, é precoce e acontece por vários motivos, desde manifestação espontânea, pressão social, coerção de homens mais velhos, até por pura violência física. Há ainda o comércio informal de sexo, em troca de dinheiro, proteção, alimentação ou habitação. Meninas jovens são procuradas porque se acredita que são “seguras” e não infectadas com o HIV. Adolescentes que vivem e/ou trabalham nas ruas muitas vezes se envolvem no comércio sexual, e vivem em circunstâncias bem difíceis.

Para a saúde pública, a prática do sexo seguro entre adolescentes ainda está bem longe dos níveis ideais. Além de alguns dados disponíveis sobre o uso de preservativos por jovens revelarem a necessidade constante de intervenção nessa população, há um número

⁷ Nesta pesquisa de amostragem nacional para pessoas de 15-65 anos, 47% dos homens relataram haver iniciado sua atividade sexual antes dos 15 anos comparando com 35% em 1984; entre as mulheres 32% das adolescentes de 15 anos já haviam iniciado sua atividade sexual comparado com 14% em 1984.

elevado de jovens grávidas, situação que, inevitavelmente, revela práticas sexuais desprotegidas.⁸

Entre as mulheres vulneráveis à epidemia, estão aquelas residentes em favelas e bolsões de pobreza urbana como imigrantes e mulheres em áreas rurais remotas, que vivem em condições de extrema pobreza e não tem acesso à educação, sendo, portanto, analfabetas ou semi-analfabetas. Raça é mais uma variável essencial para entender-se a vulnerabilidade das mulheres. Segundo o IBGE (2000), no país a taxa de desocupação de pessoas com idade entre 15 e 65 anos é de 9,9% (8,1% para homens e 12,3% para mulheres). Para brancos, independente do sexo, ela é da ordem de 9% e para negros de 10,9%. Outro órgão do governo o IPEA, em pesquisa divulgada em 2000, afirma que a ascensão ocupacional (e, por consequência mobilidade social) é, primeiramente, usufruída por homens e mulheres brancos.

Refletir sobre o quadro de inadequação do cuidado oferecido a mulheres negras pode ser ainda mais difícil quando o problema de saúde considerado é a aids. Guimarães (2001) no Rio de Janeiro, e Lopes e Buchala (2001) em São Paulo, destacam a maior vulnerabilidade de mulheres negras vivendo com HIV/AIDS, no entanto, a produção nesta área ainda é escassa. (Lopes, 2002). Assim, de fato é possível identificar uma sinergia entre gênero, raça e classe social que conforma, claramente, um cenário de vulnerabilidade social para aqueles que o integram.

O uso de drogas, que até pouco tempo era uma iniciativa masculina, tem atraído cada vez mais mulheres, e, na maioria das vezes, pela circunstância em que ocorre, constitui mais um elemento de vulnerabilidade. A prostituição feminina e o estigma que

⁸ Para considerações sobre o fenômeno, consultar Brandão et al. (2002).

Ainda em relação à gravidez na adolescência, segundo o DATASUS, 24% dos partos realizados no âmbito do SUS, no ano de 1997 foram, de adolescentes, sendo também importante o número de curetagens pós-abortamento realizadas em meninas na faixa de 15-19 anos. A proporção “partos de adolescentes/ total de partos pagos pelo SUS” vem apresentando tendência de crescimento desde 1993, atingindo em 1997 um total de 695.222 partos realizados em meninas com idade entre 10 e 19 anos.

Dados do Ministério da Saúde de 1996 mostram que 49,1% dos filhos de mães adolescentes não são desejados, havendo uma relação inversa entre escolaridade e incidência de gravidez na adolescência. Os dados apontam também para o fato de que os jovens têm pouco acesso aos serviços de saúde reprodutiva e sexual que incluem a prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis com segurança de confidencialidade e privacidade, bem como a oferta dos vários métodos contraceptivos. O aconselhamento não está sempre disponível na maioria dos serviços e nas clínicas de planejamento familiar e, quando existe, muitas vezes é restrito a mulheres casadas ou a casais (Pimenta et al., 2001).

aumenta ainda mais a vulnerabilidade desse grupo são outros pontos importantes a serem considerados.⁹

Há alguns anos, os dados evidenciam um grande crescimento dos casos de aids entre mulheres em parcerias fixas. Diversos estudos qualitativos têm procurado responder a essa evidência, e pesquisadores têm assinalado a crença no amor como uma ilusória categoria de proteção, que ofusca a possibilidade de prevenção das DST/AIDS (Knauth, 1996; Guimarães, 1998).

Outro aspecto fundamental frente à vulnerabilidade feminina ao HIV/AIDS é a geração, ou seja, os ciclos de vida. Há, na sociedade brasileira, uma associação entre vida sexual e reprodução, e uma crença arraigada de que não há vida sexual após os 50 anos de idade. Nesse contexto, as mulheres de faixa etária acima dos 45 anos praticamente ficam ausentes dos discursos da prevenção ao HIV/AIDS. Além disso, estudos revelam que os idosos, quando contrastados com os jovens, fazem menos uso de preservativos em suas relações sexuais (CEBRAP, 2000), sugerindo uma dificuldade para a mudança de hábitos e valores culturais internalizados e sedimentados ao longo dos tempos.

Tais questões trazem à discussão os direitos reprodutivos e sexuais, compreendidos como direitos que se sucedem aos direitos civis, políticos e sociais. Os direitos reprodutivos e sexuais estão baseados no reconhecimento da livre e responsável decisão sobre as questões relacionadas aos filhos, mas vão além, e incluem o direito de tomar decisões relativas à sexualidade e reprodução humana apoiadas nos direitos humanos, ou seja, a partir de uma perspectiva de igualdade e equidade sociais (Portella, 2002; Ventura, 2002).

A violência contra a Mulher e o HIV/AIDS

A violência apresenta-se de diversas formas na sociedade e atinge de maneira diferenciada os diversos grupos populacionais. A violência é um fenômeno social evitável e prevenível. A tipificação da violência é essencial para orientar a adoção de medidas estratégicas preventivas e de promoção de comportamentos não violentos.

⁹ Brasil (2002).

As mulheres são particularmente afetadas pela violência das relações amorosas, conjugais e/ou íntimas, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam às mulheres um lugar de submissão e de menor valor na sociedade. Nesse contexto explica-se a ocorrência predominante da violência contra a mulher no espaço doméstico, tanto a violência sexual quanto a física e a psicológica. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência os pais biológicos, padrastos, maridos, namorados ou ex-companheiros; irmãos, parentes próximos e conhecidos.

O respeito à mulher que sofreu violência sexual nem sempre acontece na prática, seja na recepção de denúncias em delegacias não especializadas, seja nos atendimentos dos serviços de saúde.

Comportamentos violentos acontecem num contexto relacional, onde os sujeitos envolvidos estão implicados ora como vítimas ora como sujeito das agressões. As pessoas envolvidas nessas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas.

Pelo caráter multifatorial de sua determinação, a implementação de uma política voltada para a redução da violência sexual e doméstica deve contemplar ações inter-setoriais. Devendo-se salientar que a promoção da saúde, assim como a redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência, implica o desenvolvimento de parcerias efetivas, principalmente com a justiça e a segurança pública.

Este tema é de extrema importância para consideração dos profissionais da área de saúde e de implementadores de programas e campanhas para a mulher e deve ser pensado também no contexto do HIV. São inúmeras as situações e circunstâncias de violência contra a mulher e de violência entre casais quando se fala de prevenção e tratamento do HIV e da aids. A violência contra a mulher deve ser pensada como um problema de saúde pública, que pode ter conseqüências na saúde física e psíquica, e entre estas conseqüências, as DST e o HIV/AIDS.

O atendimento a ser oferecido nos serviços de saúde às mulheres em situação de violência deve buscar a integralidade de ações, tanto na esfera da própria saúde, como nas interfaces com outros setores. Deve contemplar o fortalecimento de sua auto-estima para que elas encontrem soluções para a situação vivenciada naquele momento; apoiar a

negociação compartilhada entre mulheres e os profissionais de saúde na decisão sobre as melhores rotas de cuidado e modalidades multiprofissionais de assistência a cada situação, assim como atuar na prevenção de comportamentos violentos, buscando-se romper os elos dessa cadeia. Nesse sentido destacam-se as atividades voltadas para a reeducação e responsabilização dos autores de violência contra a mulher, experiências que vêm sendo desenvolvida por ONGs, em alguns estados brasileiros, com bons resultados.

A atual estrutura e organização dos serviços de saúde na maioria dos estados e municípios não permite o diagnóstico e encaminhamento adequados às demandas das mulheres em situação de violência. Não permite sequer o primeiro acolhimento dos casos. Na maioria das unidades não se encontram equipes capacitadas e os serviços de referência não mantêm vínculos formalizados permitindo a continuidade e agilidade do atendimento à mulher. Constata-se também a carência de serviços de apoio para acolhimento de mulheres e crianças, necessários em situações limite, em que há risco de vida. Os poucos abrigos existentes, em sua maioria, necessitam suporte de equipamentos, materiais e treinamentos para implementarem a qualidade do trabalho oferecido.

Outro aspecto a ser considerado é que quando a mulher solicita um exame de HIV, quando comparte seu status sorológico com o parceiro, quando solicita o uso do preservativo na relação sexual com o parceiro fixo para a prevenção de doenças, ou quando precisa tomar decisões sobre uma gravidez até o momento em que busca tratamento para si própria ou para o parceiro, ou para a prevenção da transmissão vertical do HIV para seu bebê, ela também pode estar sendo alvo de violência pela sua condição sorológica.

A EPIDEMIA DE AIDS E AS MULHERES

Como mencionado anteriormente, de 1983 a 2001, foram diagnosticados 222.356 casos de aids, sendo 59.624 destes em mulheres (26,8%) Com relação à infecção pelo HIV, as estimativas do Ministério da Saúde, com base em estudos de 2001, consideram que existiam, em 2000, 597 443 indivíduos de ambos os sexos, de 15 a 49 anos, infectados pelo HIV no país, correspondendo a uma prevalência de 0,65%. As preocupações concentram-se sobre as transmissões entre mulheres e homens heterossexuais. A transmissão heterossexual apresentou um incremento de 27,4% para 32,3% dos casos notificados em 1980-2001, enquanto que na categoria de transmissão homo/bissexual houve declínio de 27,7% para 23,4% e na categoria “uso de drogas injetáveis” um incremento de 18,1% para 20,6% dos casos registrados. Entre menores de 12 anos, a transmissão do vírus da mãe para o filho é responsável por 90% dos casos notificados. Cerca de 50% das pessoas diagnosticadas com aids no país já foram a óbito (Brasil, 2002)¹⁰.

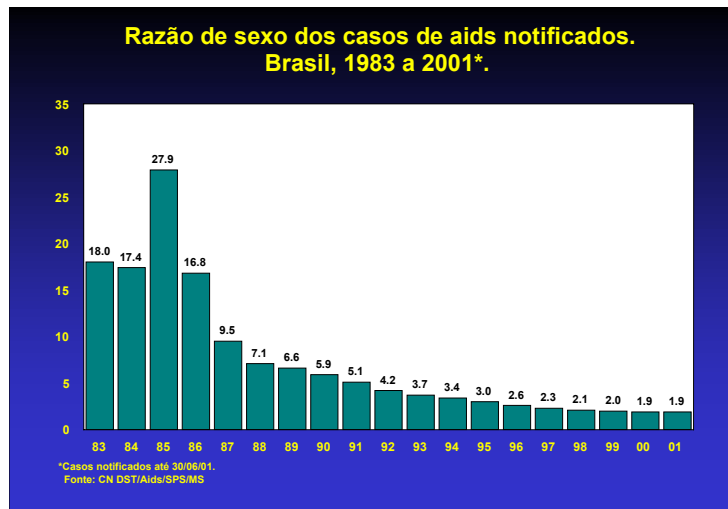
Na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se basicamente restrita às regiões metropolitanas da Região Sudeste e aos homens que fazem sexo com homens, hemofílicos, transfundidos e usuários de drogas injetáveis. Nos últimos anos da década de 80 e início dos anos 90, a frequência de casos entre mulheres cresceu consideravelmente e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, observando-se, além disso, um processo de interiorização e pauperização da epidemia do HIV/AIDS.

¹⁰ Brasil, 2002. Aids; Boletim Epidemiológico. *Dados de notificação julho a setembro de 2001*. Coordenação de DST/AIDS., Ministério da Saúde www.aids.gov.br. Set.2002.

Gráfico 1



Gráfico 2



A razão de sexo entre indivíduos com AIDS passou de 25 homens para 1 mulher em 1985, para 2 homens para uma mulher em 2000.

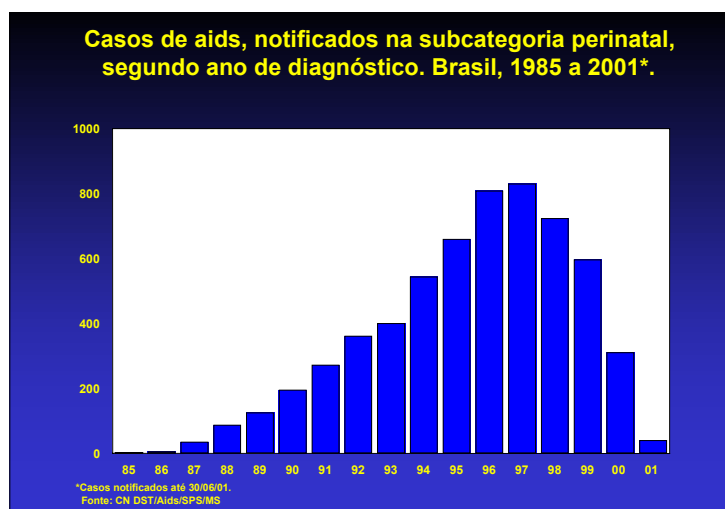
Com relação à escolaridade, a incidência de aids vem aumentando tanto em homens quanto em mulheres com até 8 anos de escolaridade. Indicadores de baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais a possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso de preservativo. Porém, mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira a mulher ainda tem pouco espaço de negociação nas relações. A mulher percebe-se menos exposta ao risco. Pesquisa sobre comportamento sexual da

população brasileira mostra que de cada 100 pessoas entrevistadas, 20 fizeram teste para detecção do HIV, sendo esta proporção maior nos homens (26,1%) do que nas mulheres (14,8%), (CEBRAP, 2000).

Na década de 90, as faixas etárias que concentraram os maiores percentuais de casos de aids em mulheres foram aquelas entre 25 e 29 anos, e entre 30 e 34 anos, ou seja, as mulheres têm sido atingidas em plena idade reprodutiva.

Para o ano de 2000 estimou-se que 17.198 gestantes, com idade entre 15 e 34 anos estavam infectadas pelo HIV (0,470 % das gestantes do País). Em relação à estimativa anterior, representa um aumento de 15,2% de gestantes infectadas, considerando-se que, em 1980, essa estimativa era da ordem de 0,408%. Como consequência do aumento da ocorrência da aids em mulheres, observa-se o aumento da transmissão vertical. O primeiro caso de aids por essa forma de transmissão aconteceu em São Paulo, em 1985. Até 30/06/2001, já foram registrados 6.007 casos por transmissão vertical (gráfico 4).

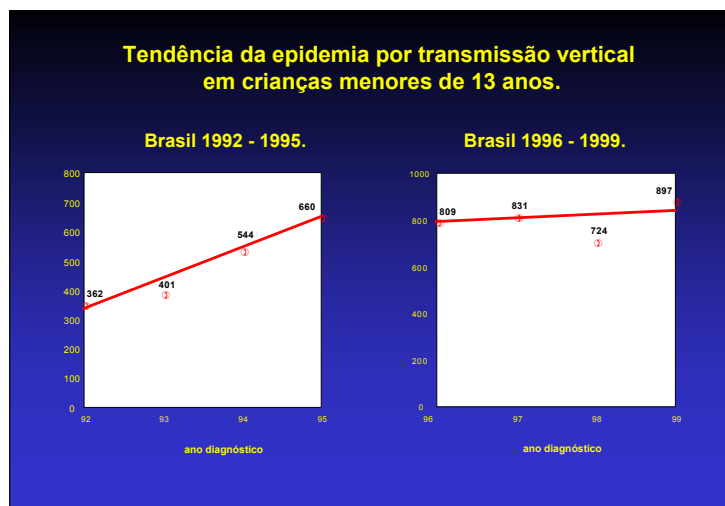
Gráfico 3



A participação percentual dessa forma de transmissão nos casos pediátricos passou de 47,0% na década de 80 para 90,2% no biênio 2000/2001. Nesse aspecto, destacam-se os avanços recentes na prevenção da transmissão vertical, a partir da disponibilização de esquema de tratamento antiretroviral, que se refletiram na modificação da curva de tendência, observando-se uma grande desaceleração do crescimento nessa categoria, a partir de 1995 (Gráfico 4). No entanto, é necessário enfatizar que a cobertura de testagem sorológica e as medidas preconizadas para a gestante HIV+ no momento do parto ainda são

muito baixas. Apesar da estimativa de 17.198 gestantes infectadas, apenas 30% delas fizeram uso do AZT injetável nesse período.

Gráfico 4



Esses dados evidenciam a necessidade de estratégias de prevenção para a população feminina, que para serem efetivas devem levar em conta as questões de desigualdade de gênero, peculiaridades relativas às regiões, classes sociais e grupos etários, além de fatores biológicos, e da oferta de serviços de saúde.

A pesquisa sobre comportamento sexual de amostragem nacional (CEBRAP, 2000) revela que, embora as mulheres ainda comecem a vida sexual mais tardiamente (32,3% antes dos 14 anos, contra 47,7% no sexo masculino), a mudança ocorrida entre 1984 e 1998 (de 13,6% para 32,3% no grupo de 16 a 19 anos) é, em termos relativos, muito superior à observada entre os homens (de 35% em 1984 para 47,7% em 1998). Dos indivíduos sexualmente ativos, aproximadamente 76% não utilizam o preservativo nas suas relações sexuais, sendo este percentual de 73,9% entre os homens e 78,6% entre as mulheres.

O não uso de preservativos nas relações sexuais é permeado pelas diferenças de gênero. Um estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas em empresas trabalhadas pelo SESI, em 1998, mostra que 62,9% dos homens entrevistados alegam não usarem preservativos por confiarem em suas parceiras, percentual que cai para 55,6% entre as mulheres. Por outro lado, o mesmo estudo revela que 1,8% dos homens não utiliza preservativos por recusa da parceira, e 7,9% das mulheres revelam recusa por parte do companheiro. A pesquisa exemplifica a dificuldade de negociação do preservativo por parte

4ª versão
outubro de 2002

das mulheres, revelando a tradicional opressão de gênero que vem sendo denunciada há tempos por pesquisadores e ativistas no mundo inteiro.¹¹

¹¹ Ver Villela (1996).

ESTRATÉGIAS E DIRETRIZES PARA A PREVENÇÃO DAS DST/AIDS ENTRE MULHERES

É importante ressaltar que o Brasil tem tido um papel especialmente importante no cenário internacional no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde criativas e efetivas, preocupadas com a inclusão social e com o combate à discriminação, incluindo setores da sociedade civil organizada, tanto na saúde da mulher quanto no campo das DST/AIDS.

Atualmente, nos encontramos em um momento mais propício para a incorporação desta nova agenda e cresce o reconhecimento, a nível nacional e internacional, da importância de ações que busquem, para além da superação da cegueira de gênero, reconhecer questões até então subestimadas pela abordagem meramente biológica, como a necessidade de intervir mais amplamente no fortalecimento das mulheres e na superação das desigualdades sociais, econômicas e culturais entre mulheres e homens.

Considerando o quadro atual da aids no país e as condições de vulnerabilidade social da população feminina frente à epidemia, a CN-DST/Aids, através do Grupo Assessor de Mulheres, propõe algumas estratégias e diretrizes para a prevenção e assistência ao HIV/AIDS, com o intuito de que sejam incorporadas enquanto norteadoras de políticas públicas e de ações. De forma geral, é preciso dar visibilidade e definir mecanismos e espaços que expressem as estratégias de ações de prevenção das DST/AIDS voltadas para os diferentes grupos da população, por meio de mídia, materiais educativos, espaços nos boletins informativos dos parceiros envolvidos etc.

Além dos aspectos epidemiológicos, a prevenção das DST/AIDS envolve, sobretudo, questões sócio-culturais e psicoafetivas. As ações de prevenção e assistência devem levar em conta como homens e mulheres são socializados, como se relacionam e de que forma exercem sua sexualidade. Portanto, as diretrizes de integralidade, de sensibilidade sócio-cultural e de viabilidade econômica e financeira determinam a perspectiva de que ações de prevenção para a população feminina, sejam elas de prevenção primária ou secundária, ou de atenção integral à mulher vivendo com HIV/AIDS, possam ser introduzidas nos serviços ligados ao SUS, em suas atividades rotineiras de atenção à

saúde da mulher. Para que essas ações tenham impacto e relevância espera-se que, além disso, elas se insiram produtivamente nas redes sociais dos diversos setores da sociedade civil, envolvendo instituições públicas, privadas, governamentais e não-governamentais.

Programas e Políticas

A atuação dos movimentos da sociedade civil, como o movimento feminista e o movimento de luta contra a aids, foi um fator determinante para o avanço do debate sobre a sexualidade no Brasil.¹² Na década de 80, deu-se o estabelecimento de programas que conferiam maior destaque para a área de saúde sexual e reprodutiva, como o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, representando oficialmente o direito da mulher a exercer sua sexualidade e vida reprodutiva por meio de seu próprio controle e determinação de cuidado, e o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids,¹³ criado em 1985 e implementado a partir de 1987 como resposta ao impacto da epidemia no país, diretamente relacionado ao exercício da sexualidade da população. Além desses, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi oficializado no Brasil em outubro de 1988. Estes programas foram criados juntamente com a implantação do SUS, e reformulados ao longo dos anos.¹⁴

Como grande parte das mulheres atingidas pela epidemia pertence à faixa etária entre 15 a 49 anos, ou seja, mulheres sexualmente ativas e em idade reprodutiva, as estratégias desenvolvidas pela CN-DST/Aids nos últimos anos enfatizaram ações como: o aconselhamento (individual e coletivo) nos serviços de saúde que prestam atendimento à mulher, notadamente os serviços de planejamento familiar, pré natal e atendimento ginecológico; centros de testagem anti-HIV e aconselhamento em maternidades. Alguns serviços de saúde têm desenvolvido oficinas de sexo seguro com adolescentes, repassando informações sobre transmissão e prevenção das DST/AIDS e gravidez precoce.

¹² Sobre movimento feminista, ver, por exemplo, Bruschini (1986), e ainda, Pimenta et al. (2001).

¹³ Hoje, Coordenação Nacional de DST e Aids.

¹⁴ Para acessar o conteúdo dos programas citados, consultar: <www.saude.gov.br/programas/adolescente/adolescenc.htm>, <www.saude.gov.br/Programas/mental.htm>, <www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/assist.htm>, e <www.aids.gov.br>.

Um dos principais avanços da última década de epidemia em termos de programas para a população feminina no Brasil foi a articulação com a área programática de Saúde da Mulher, em nível central, com os níveis estaduais e municipais. Essa articulação possibilitou a implantação de ações de DST/AIDS nos serviços de assistência à mulher, estabelecendo ao mesmo tempo a formulação de uma política de prevenção compartilhada entre os diversos níveis gerenciais, a integração de ações conjuntas como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Profilaxia para o HIV em Situação de Violência Sexual. As estratégias de investimento em insumos de prevenção, tais como o preservativo masculino e feminino, foram compatibilizadas entre o nível federal, estadual e municipal.

Em termos do atendimento à população, o ingresso formal aos serviços de saúde é regulamentado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde, (NOAS), que organiza os fluxos de acesso aos serviços de saúde, conferindo maior racionalidade a esse processo, que passa a se dar a partir da região, e não do município. A NOAS de 2001 entra para a agenda do SUS, inserindo a regionalização da assistência à saúde, que visa imprimir maior eficácia, eficiência e equidade ao sistema, por meio de maior racionalização no uso dos serviços de saúde, a ser alcançada através da organização e articulação regional da oferta e do acesso aos serviços em seus diferentes níveis de complexidade. Dentro desta proposta, o responsável por conduzir o processo de regionalização da assistência é o Gestor Estadual, que deverá, juntamente com os municípios, definir a melhor forma de organizar a assistência no âmbito supramunicipal (SES-RJ, 2001:6).

Estabelecimento de parcerias inter-setoriais

Para qualquer ação no campo da prevenção das DST/AIDS é considerada imprescindível a criação de instrumentos visando maior articulação entre os diferentes setores do Governo Federal, garantindo a participação efetiva de áreas afins à saúde (como por exemplo, educação, justiça, bem-estar social etc.) na discussão e na implantação de estratégias para o enfrentamento da epidemia. Recomenda-se a inclusão, sempre que possível, de temas relacionados à sexualidade feminina em todas as ações da saúde (no campo da educação, da prevenção e da promoção à saúde), enfatizando tal inserção nas

atividades direcionadas especificamente às mulheres, às profissionais do sexo, às mulheres soropositivas, às usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas.

Estabelecimento de parcerias intra-setoriais

Recomenda-se a construção e ampliação de estratégias mais eficazes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres a partir do estabelecimento de parcerias no campo da saúde, como atenção básica à saúde da mulher, adolescente, entre outros, destacando a importância da integralidade e da intersetorialidade das ações.

Fortalecimento dos espaços e mecanismos de controle social

A parceria com a sociedade civil é fundamental para fortalecer os mecanismos de controle social. Entre os possíveis espaços para este fortalecimento estão: a formação de comitês/grupos assessores de mulheres nos estados e municípios, processos de capacitação como instrumento que viabilize o exercício do controle social, e o estímulo à ocupação de outros espaços, como os Conselhos Municipais e/ou Estaduais de Saúde e Comitês de Morte Materna, que contribuem para ampliar a discussão da epidemia pelo HIV/AIDS entre mulheres.

Mobilização e educação permanentes

A capacitação de profissionais de saúde e a produção contínua de material de IEC (informação, educação e comunicação), com vistas à disseminar diretrizes de prevenção entre mulheres, são exemplos de ações de educação que devem ser perseguidas, seja para o público de profissionais de saúde, seja para a sociedade mais ampla.

As ações educativas, desde a infância e principalmente na pré-adolescência e adolescência, são importantes para favorecer o fortalecimento das mulheres e relações mais igualitárias entre homens e mulheres e potencializando a possibilidade de negociação do sexo mais seguro entre parceiros.

Atenção às especificidades

Em relação às normas e diretrizes para prevenção e assistência de HIV/AIDS entre mulheres, nos mais diversos campos de atuação, deve estar presente a idéia de pluralidade, ou seja, da diversidade. A reflexão sobre os diversos significados do que é ser mulher deve ser possibilitada a todos os profissionais envolvidos com o tema, de modo que seja reconhecido o processo de construção sócio-cultural que atua sobre os seres humanos, tornando possível a compatibilidade de diversos valores culturais dentro de uma mesma época.

É fundamental que tanto as diretrizes contemplem a pluralidade das vivências femininas considerando a inter-relação entre fatores sociais, políticos, e econômicos, de etnia e cultura, quanto os profissionais estejam atentos para os fatores de diferenças de gênero, os direitos reprodutivos e sexuais das pessoas que vivem com HIV, e das necessidades específicas de jovens de ambos sexos, etc.

Prevenção às DST/AIDS

A partir dos princípios mais gerais citados acima, a CN-DST/Aids tem estabelecido como estratégias de prevenção das DST/AIDS em mulheres as seguintes ações:

1. Parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher, com o Programa de Saúde do Adolescente e Departamento de Atenção Básica (PACS/PSF). Recomenda-se que o setor saúde tenha uma atitude proativa para a interface com estes programas, através de:
 - ❑ Capacitação de profissionais dos serviços de saúde da mulher, em especial, gineco-obstetras, em DST/AIDS, gênero, sexualidade e saúde;
 - ❑ Promoção de ações conjuntas e integradas: implantação e oferecimento do preservativo feminino nos serviços de saúde da mulher, serviços de assistência especializada (SAE) e programas de atendimento às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;

- ❑ Humanização e qualificação dos serviços de atenção à saúde da mulher, dentro de uma visão de integralidade e inter-setorialidade;
 - ❑ Profilaxia para o HIV em mulheres em situação de violência sexual – protocolo e capacitação de profissionais de serviços de saúde para este atendimento;
 - ❑ Oferecimento e garantia do teste anti HIV e VDRL no pré-natal e parto para todas as gestantes;
 - ❑ Acesso dos adolescentes à saúde, com ações de caráter multiprofissional, inter-setorial e interinstitucional;
 - ❑ Capacitação de lideranças femininas, entre estas adolescentes, profissionais do sexo e mulheres vivendo com HIV, como multiplicadores de saúde;
 - ❑ Produção de material educativo para mulheres, tais como folder, cartaz, vídeo e cartilhas.
2. Parceria com o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e com o PSF (Programa de Saúde da Família):
- ❑ Abordagem de gênero/percepção da vulnerabilidade feminina e prevenção das DST/AIDS nos treinamentos das equipes de saúde dos programas;
 - ❑ Protocolo de referência para a atenção básica de saúde incluindo conhecimentos sobre DST e aids (prevenção, diagnóstico e tratamento);
 - ❑ Material de IEC sobre DST com abordagem de gênero.
3. Parceria com a sociedade civil (como ONGs/AIDS e ONGs feministas) e entidades de classe (como a Federação Brasileira de Ginecologia – FEBRASGO e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais dos Direitos das Mulheres) para a integração de ações de sensibilização, informação e intervenção comportamental junto as diferentes populações femininas.

4. Ampliação do acesso das mulheres aos insumos de prevenção de DST/AIDS, como preservativos masculinos e femininos, agulhas e seringas descartáveis, junto a populações femininas específicas, fortalecendo a possibilidade de negociação sexual do uso do preservativo, a auto-estima e a dupla proteção.
5. Campanha na mídia informando as mulheres sobre a importância da realização do teste anti-HIV no pré-natal como forma de prevenção da transmissão vertical e outras campanhas que sensibilizem as mulheres para estarem atentas à vulnerabilidade feminina e que promovam a adoção de práticas sexuais mais seguras entre elas e seus parceiros.
6. Disponibilização de medicamentos para a aids na gravidez, parto e pós-parto para as mulheres gestantes e crianças expostas ao HIV.
7. Produção de material educativo e informativo refletindo a vulnerabilidade feminina dirigido às mulheres em geral e aos profissionais de saúde, em especial, aos gineco-obstetras e enfermeiros (as).
8. Promoção de ações integradas com a sociedade civil que reduzam o risco da transmissão do HIV para mulheres usuárias de drogas injetáveis e/ou parceiras de usuários de drogas.

Abordagens de Prevenção¹⁵

1. “Empowerment” ou “empoderamento”: Uma das principais abordagens de êxito utilizadas na educação para a prevenção entre mulheres nasceu do movimento pelos direitos da mulher, que trouxe o conceito de *empowerment*, que pode ser traduzido como “fortalecimento para a mudança” ou “empoderamento” através da conscientização de que a mudança de comportamento, para um comportamento protetor ou mais seguro, não é resultado apenas de “informação + vontade”, mas passa por coerções e recursos de natureza

¹⁵ Consultar Pimenta (2001).

cultural, política, econômica, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre gênero, segmentos sociais, etnia, e faixa etária (Gupta, 1994; Pimenta, 2001).

2. Enfoque de gênero: Possibilita gerar questionamentos sobre papéis sociais de homens e mulheres para uma reflexão coletiva, crítica e transformadora, não só em relação à prevenção de DST/AIDS, como no sentido mais abrangente da saúde integral, o que implica a conquista da cidadania. Este tem sido um dos aspectos valorizados pela CN-DST/AIDS nas estratégias desenvolvidas junto às mulheres. São exemplos a inclusão do enfoque de gênero nos projetos de redução de danos, que permitiu um maior acesso às mulheres usuárias de drogas e às parceiras de usuários de drogas, além da inclusão dos homens em ações desenvolvidas pelos projetos com população feminina, como nas ações ligadas ao uso do preservativo feminino e nas intervenções educativas em salas de planejamento familiar.¹⁶

3. Modelo comunitário: Este método mostrou ter um potencial efeito propagador na comunidade-alvo e na sua periferia, atingindo indiretamente os que não participam diretamente das atividades de reflexão e debate. Além disso, criou condições para a formação de uma *massa crítica* e de uma *opinião pública* portadora de novas idéias e formadoras de novas atitudes no campo da saúde reprodutiva que, consolidando-se, poderia aprofundar o processo de transformação de aspectos da vida cotidiana das mulheres de periferia.¹⁷

4. Educação de pares: Outra abordagem que tem mostrado resultados positivos é a utilização da estratégia de educação de pares, hoje amplamente utilizada nos projetos de prevenção ao HIV/AIDS com populações de usuários de drogas, profissionais do sexo, jovens, mulheres em situação de pobreza, mulheres HIV+ etc. Essa abordagem utiliza

¹⁶ A abordagem de gênero é largamente utilizada nos projetos de intervenção desenvolvidos por ONGs.

¹⁷ O Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro desenvolveu um projeto de intervenção educativa e pesquisa com um modelo comunitário baseado no enfoque de gênero e direcionado para mulheres de favela, almejando a promoção da saúde reprodutiva e a prevenção das DST/AIDS. A avaliação após 12 meses de trabalho mostrou que as mulheres, especialmente as que vivem em contextos de pobreza, podem reverter sua situação de vulnerabilidade, tanto biológica quanto social, e conquistar novos patamares de saúde, especialmente a saúde sexual e reprodutiva, além de transformarem seus relacionamentos amorosos, familiares e sociais (Pimenta, 2001).

elementos das teorias de mudança de comportamento como as teorias de Aprendizado Social e de Ação Social (Bandura, 1977;1986), que preconizam que alguns membros de grupos considerados pares, ou seja *iguais* podem influenciar e estimular mudanças de comportamento entre seus pares. Eles são os “educadores de pares” (*peer educators*).¹⁸

Prevenção às DST e ao HIV/AIDS

As DST são doenças transmitidas por meio da relação sexual, seja de homem com mulher, mulher com homem ou mulher com mulher. Em geral, a pessoa infectada transmite as DST e o HIV para seus parceiros em relações sexuais desprotegidas, principalmente quando acontece a penetração.

As DST podem causar disfunções sexuais, esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer e até a morte. Uma pessoa que tem uma DST tem ainda mais chance de adquirir o HIV.

*Insumos de prevenção*¹⁹

Preservativo feminino: Atualmente, o Ministério da Saúde distribui o preservativo feminino, embora o custo elevado desse insumo impossibilite um investimento nas mesmas proporções do masculino. Tal investimento torna-se ainda mais importante no atual panorama da aids no Brasil, em que aumenta muito o número de casos de aids entre mulheres.

Face ao limitado número de preservativos femininos adquiridos, foram priorizadas mulheres menos capazes de fazer frente às pressões de parceiros, por estarem sujeitas a relações de desigualdades social, de gênero, de distribuição e de acesso a recursos, além de situações de violência sexual e/ou doméstica e dificuldades de acesso aos insumos de prevenção.

Profissionais do sexo, mulheres que estão em situação de violência, mulheres vivendo com HIV e aids, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas são

¹⁸ Pimenta (2001).

¹⁹ Além dos insumos de prevenção atuais, estão em estudo atualmente, em nível mundial, os microbicidas. Consultar, a esse respeito, Barbosa (2000) e Bastos (2000).

acessadas por meio de diferentes instâncias como: Serviços de Assistência Especializada (SAE), Serviços de Saúde da Mulher, Programas de Atenção à Mulher Vítima de Violência e Organizações da Sociedade Civil (OSC).²⁰

Preservativo masculino: A Política Nacional de DST/AIDS para conter o avanço da epidemia no Brasil preconiza o uso do preservativo de látex como a forma mais eficiente de prevenção às DST e HIV. Diversos estudos confirmam a eficiência desse método na prevenção da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis. O uso correto e sistemático de preservativos em todas as relações sexuais apresenta uma efetividade estimada de 90-95% na prevenção da transmissão das DST e do HIV.

Atualmente, a CN-DST/Aids está distribuindo cerca de 16 milhões de preservativos/mês às Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids (82%) e Programas de Planejamento Familiar (18%), responsáveis pela redistribuição do insumo para as unidades de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, ONGs, sistema prisional e demais projetos de intervenção continuada com populações de maior vulnerabilidade, tais como usuárias de drogas e profissionais do sexo.

Agulhas e seringas: O uso de drogas injetáveis é uma das principais formas de infecção pelo vírus da aids, hepatite B e C. Os programas de Redução de Danos incluem a troca de seringas, distribuição de preservativos, promovendo a prevenção e o controle da epidemia nesta população. De um modo geral, as agulhas e seringas são adquiridas, como

²⁰ A pesquisa “Aceitabilidade do Condom Feminino”, conduzida pelo NEPO/UNICAMP, CEBRAP, UNAIDS e CN-DST/AIDS, demonstrou que as mulheres estão buscando novas formas de prevenção e cuidado da saúde, sobretudo aquelas que lhes proporcionam maior autonomia. Em geral, dados da pesquisa demonstraram que as taxas do uso, da continuidade do uso e da aceitabilidade do preservativo feminino foram bastante altas, indicando ótima receptividade inicial do método. Observa-se que uma das maiores dificuldades da população feminina quanto à utilização de um método de barreira nas relações sexuais tem sido a negociação do uso de preservativos junto aos seus parceiros. Nesse sentido, disponibilizar este insumo lhe permite mais autonomia e poder de decisão. Para tanto, dados da pesquisa demonstraram a importância do oferecimento gratuito do preservativo feminino nos centros de saúde especializados e a constante aplicação de estratégias que desmistifiquem o uso do condom, facilitando, cada vez mais, a introdução desse insumo no dia-a-dia dessas mulheres e contribuindo para a efetiva ampliação de alternativas de prevenção contra as DST e a AIDS.

Um número significativo de mulheres ainda tem dificuldade no manuseio do condom feminino, fato que comprova a necessidade da constante intervenção educativa, pelos centros de saúde, para a implementação desse método.

contrapartida, pelas Coordenações Estaduais e/ou Municipais de Saúde na aquisição de outros insumos para serviços de saúde.

Microbicidas: O uso de microbicidas é considerado uma forma de incremento à prevenção das DST e do HIV, que está em pesquisa no momento, podendo tornar-se uma alternativa para a prevenção de controle direto da mulher. Atualmente, os microbicidas não estão disponíveis no mercado, mas alguns países estão investindo em pesquisas sobre esse método, que pode ser utilizado e controlado pela mulher. Nesse sentido, desde o início do ano 2002, o Ministério da Saúde está buscando apoiar iniciativas no campo de pesquisa no Brasil.

Aconselhamento

O aconselhamento e a testagem voluntária para o HIV, realizados de forma confidencial, podem ser considerados como um momento oportuno para uma abordagem inicial de prevenção - uma “porta de entrada” para a prevenção e também para a assistência do paciente assintomático com HIV no serviço de saúde. O aconselhamento deve ser uma prática de todo profissional de saúde que qualifique e humanize o atendimento como um todo. Os Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e as unidades de saúde que atendem mulheres podem atuar como fonte de referência para serviços de apoio social e psicológico e como promotores para a redução de estigma e discriminação das mulheres que vivem com HIV e aids ou que são marginalizadas por serem usuárias de drogas, parceiras de usuários de drogas ou profissionais do sexo, por exemplo. Como atividades “extra-muro” o CTA que não esteja utilizando toda sua capacidade instalada pode desenvolver grupos de apoio para população feminina ou para casais.

Tipos de aconselhamento

- Aconselhamento individual – pré e pós-teste e aconselhamento de apoio com visitas de retorno.
- Aconselhamento de casais – pré-nupcial, pré-gestação ou específico para prevenção da transmissão vertical.

- Aconselhamento de família – onde membros de uma mesma família possam discutir o impacto do HIV entre eles e como auxiliar ao(s) membro(s) da família que vivem com HIV.
- Aconselhamento de grupo – inclui grupos informativos e educativos no pré-teste, e grupos de apoio pós teste. Podem ser grupos de prevenção entre mulheres, jovens ou de pessoas que vivem com HIV.

Saúde Sexual e Reprodutiva

O Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher (Pequim, 1995), assinalam que o conceito de saúde reprodutiva envolve bem estar físico, mental e social relativo ao sistema reprodutivo. Nesse sentido, as pessoas devem ter assegurada uma vida sexual segura e satisfatória. Mulheres e homens devem ser informados e ter acesso aos métodos de planejamento familiar, direito de acesso aos serviços de saúde reprodutiva.²¹

Segundo Ventura (2002), a intervenção na saúde reprodutiva deve ter como elementos chave: 1) informação e educação; 2) serviços sociais, jurídicos e de saúde; 3) ambiente social adequado e respeito às especificidades; e 4) ação comunitária participativa e interativa com a ação governamental.

A saúde sexual e reprodutiva ultrapassa em muito o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis, pois está apoiada na ótica mais ampla que coloca a atividade sexual como uma construção social da sexualidade que vai além de seus componentes biológicos e que inclui também, a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos e o conceito de cidadania(considerando as diversidades de orientação sexual) de ambos os sexos.

²¹ Consultar Ventura (2002).

Prevenção entre parcerias fixas e/ou estável

A idéia de prevenção e parcerias fixas e/ou estáveis está intimamente relacionada à prevenção da transmissão sexual do HIV. Existem várias definições, com base em diversos referenciais sociais e culturais, para o termo “parceria fixa”. Segundo a definição do Guia de Indicadores de Prevenção para Programas Nacionais de Aids da OMS/UNAIDS (1999), o termo se refere a *relação entre duas pessoas casadas ou que moram juntas (coabitam) e/ou que se relacionam sexualmente por um período de pelo menos 12 meses.*²²

No cotidiano das pessoas a definição de parceiro(a) sexual estável ou fixo(a) é subjetiva, principalmente em se tratando de pessoas mais jovens onde a referencia temporal na definição de estável ou fixa é ainda menos relevante. Sendo assim, uma recomendação que se deve fazer como profissional de saúde e/ou educador, para todos os tipos de relação com parceiros fixos, é estar sempre dialogando com seu (sua) parceiro (a) sobre sexualidade e saúde sexual para poder avaliar e reavaliar de forma conjunta a necessidade de tomar decisões quanto ao uso de proteção para a transmissão de doenças ou para a gravidez não desejada.

Alternativas de prevenção em cenários de parceria fixa

1. Em situação de parceria fixa, monogâmica onde a sorologia para o HIV é conhecida e constatada negativa por meio de testes anti HIV realizados pelo menos após 3 meses do início do relacionamento (se o teste for realizado antes não serve) pode-se deixar de usar o preservativo (principalmente para a reprodução); o chamado “pacto de fidelidade”.
2. Em situação de parceria fixa, mesmo monogâmica onde um dos parceiros é usuário de drogas, recomenda-se o uso constante do preservativo.²³ Destacar a importância no não compartilhamento de seringas e agulhas, e a realização dos testes anti-HIV e Hepatites B e C.

²² UNAIDS/WHO (1999) Evaluation of a National AIDS Programme: A methods package-prevention of HIV infection. Geneva:UNAIDS.

²³ Uso constante e/ou consistente se refere ao uso do preservativo em todas as relações sexuais.

3. Em parcerias fixas onde existem relações com parceiros eventuais, recomenda-se o uso constante do preservativo pelo menos com os parceiros eventuais (sendo estes pagos ou não).
4. Em parcerias fixas com multiplicidade de parceiros recomenda-se o uso do preservativo de forma consistente.
5. Para múltiplos parceiros sem parceria fixa recomenda-se o uso do preservativo de forma consistente.
6. Em situação de parceria fixa onde um dos ou ambos parceiros sejam HIV+ recomenda-se o uso do preservativo de forma consistente.

Uso de drogas e a prevenção do HIV e outras DST

As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatites minimizados.

A forma prevalente de implementação da estratégia de ação no Brasil recai sobre os Programas e Projetos de Redução de Danos (PRD) que consistem em um elenco de ações desenvolvidas em campo por agentes comunitários de saúde especialmente treinados (denominados “redutores de danos” ou simplesmente “redutores”), que incluem troca e distribuição de seringas, distribuição de preservativos, atividades de informação, educação e comunicação, aconselhamento, encaminhamento a serviços de saúde, vacinação contra a hepatite e outras ações.

Abordar a questão de gênero nos Projetos de Redução de Danos é crucial num contexto de vulnerabilidade estrutural. O modo como homens e mulheres se relacionam com o uso de drogas pode variar segundo diferentes variáveis. Por isso, apesar dos avanços, ainda é preciso ampliar a perspectiva de redução de danos em todas as situações em que se constate a presença de usuários de drogas, em especial nos serviços de saúde, e que os profissionais de saúde estejam atentos para as especificidades dessa população, para incluí-la e percebê-la, verdadeiramente, em sua própria clientela, seja como usuário de drogas ou como parceiro(a) deste.

As estratégias de prevenção às DST/AIDS devem levar em conta a realidade de mulheres e homens usuários, tendo como referência o objetivo de reduzir a incidência da infecção pelo HIV/AIDS e de outras DST, ampliar o acesso e melhoria à qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência nos serviços de saúde.²⁴

Mulheres que fazem sexo com mulheres

É necessário que toda e qualquer ação de prevenção e/ou assistência das DST/AIDS – a exemplo de estratégias/atividades direcionadas a outros segmentos da população – seja subsidiada pelo conhecimento prévio de dados científicos sobre o universo de mulheres que fazem sexo com mulheres. Como primeira estratégia para a implantação de qualquer ação voltada as MSM, recomenda-se a realização de estudos comportamentais e clínicos visando a coleta de dados qualitativos e quantitativos sobre as mulheres que fazem sexo com mulheres, identificando aspectos socioculturais e comportamentais, perfil na epidemia pelo HIV/AIDS e a incidência e prevalência para as DST.

É preciso que questões relacionadas à orientação sexual sejam priorizadas na formação e capacitação dos profissionais de saúde – com ênfase para os profissionais vinculados aos serviços da saúde da mulher e à saúde mental – bem como a promoção de maior acesso à informação e aos insumos de prevenção disponibilizados pela esfera governamental.

A necessidade de promover uma discussão mais ampliada sobre as ações de promoção da saúde e prevenção das DST/AIDS junto às mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM)

²⁴ Para uma interessante abordagem sobre aconselhamento e uso de drogas, ver Sampaio (2002).

levou à criação do Grupo Matricial²⁵ da CN-DST/Aids para Ações de Prevenção das DST/AIDS junto às mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM).²⁶

O trabalho que vem sendo realizado pelo Grupo Matricial permitiu o estabelecimento de diretrizes para as ações de prevenção das DST/AIDS junto as MSM e a definição de linhas de ação que promovam a melhoria das condições de saúde, com ênfase na prevenção das DST/AIDS.

Mulheres que vivem com HIV+

O aconselhamento para o planejamento familiar das mulheres HIV soropositivas ainda não é uma ação sistemática na maioria dos programas de aids brasileiros. Mesmo serviços considerados com boa qualidade de atendimento ainda não estão suficientemente preparados para lidar com a questão.

Os médicos orientam as mulheres quanto aos métodos anticoncepcionais mais apropriados ao uso pelo fato de serem HIV+, mas são bem menos freqüentes as orientações sobre as questões relativas ao planejamento familiar e reprodução e sobre a probabilidade de infecção pelo HIV para seus conceitos com e sem o uso de AZT e outras drogas anti-retrovirais, ou qual a melhor forma de engravidar diminuindo o risco do bebê se infectar, de reinfecção da mãe e de infecção ou reinfecção do parceiro.²⁷ Este aconselhamento é fundamental dado o valor socialmente instaurado da maternidade no Brasil. A maioria das mulheres acometida pelo HIV está em idade fértil.

Os riscos de uma gestação indesejada em mulheres HIV positivas, cuja saúde já está comprometida, são ainda mais sérios em um país onde o aborto é ilegal. O acesso a métodos de barreira que conferem proteção dupla, especialmente os preservativos feminino e masculino, devem ser prioridade nos programas voltados à atenção de pessoas soropositivas.

²⁵ Em fevereiro de 2001.

²⁶ Este grupo é composto por lideranças lésbicas do País, filiadas a ONGs que desenvolvem trabalhos no âmbito da promoção da saúde, da visibilidade lésbica e do combate à epidemia do HIV/AIDS.

²⁷ Mesmo em serviços de referência, o aconselhamento sobre vida sexual e particularmente reprodutiva não foi considerado diferenciado com relação aos outros serviços (Santos et al, 1998).

A condução, pelos serviços públicos de pré-natal, de suporte educacional e acolhimento para os assuntos relacionados à contracepção e gestação é uma maneira efetiva de apoiar mulheres HIV positivas e suas famílias. O sexo seguro deve ser praticado sempre, em qualquer relação sexual, inclusive oral. Em relação à reprodução, as escolhas devem ser feitas conscientemente, de posse de todas as informações fornecidas pela equipe multidisciplinar.

Os serviços de saúde devem se preparar para o atendimento e orientação das mulheres HIV positivas no que diz respeito ao exercício de sua sexualidade e de suas decisões reprodutivas.²⁸ Os profissionais de saúde devem ser treinados para acompanhar e apoiar mulheres HIV positivas em todas as suas escolhas. Recomenda-se, portanto, a discussão com as mulheres jovens sobre suas expectativas com relação à sexualidade e reprodução. Se o desejo da mulher for não engravidar ela deve ser muito bem orientada sobre a eficácia e a conveniência do uso dos diversos métodos anticoncepcionais antes de optar por um ou mais métodos.

Prevenção da Transmissão Vertical

As mulheres HIV positivas têm o direito a uma decisão consciente sobre ter ou não ter filhos, e devem fazê-lo o mais informadas possível quanto a perspectiva de contaminação de seus bebês e parceiros soronegativos no momento da concepção, independente de orientações ideológicas, de qualquer ordem, dos profissionais de saúde.²⁹ Se a mulher demonstrar o desejo de ter filhos, ela deve ser informada de que quando apresentar carga viral baixa ou indetectável, CD4 alto, e ausência de sintomatologia ou de doenças oportunistas, será o melhor momento, do ponto de vista clínico, para engravidar. Deve ser informada ainda de que deverá manter o uso de preservativo feminino ou masculino, em suas relações sexuais, exceto no provável período fértil, onde estará tentando fazer ocorrer a concepção, e que desta forma estará reduzindo a probabilidade de infecção do feto e de seu parceiro. E ainda, deve ser orientada a informar a seu médico sobre a sua gestação e seu estado de portadora do HIV de modo a fazer uso da terapia anti-

²⁸ Santos et al., 1998.

²⁹ Collins et al., 2000.

retroviral e outras medidas preconizadas para diminuir a chance de infecção de seu concepto, na gestação, no parto e no puerpério.

A mulher soropositiva deverá ser informada sobre os recursos da reprodução humana assistida e a possibilidade de fazer uso da mesma como opção para concretização da maternidade, particularmente no caso de casais sorodiscordantes.

A possibilidade de reduzir significativamente a transmissão vertical do HIV com o uso de anti-retrovirais, demonstrada pelo protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* foi um dos mais relevantes avanços no conhecimento sobre aids desde a notificação dos primeiros casos da doença no início da década de 80. Desde 1994, um grande esforço vem sendo feito para a divulgação dessas informações e para a implementação de ações que resultem na redução do HIV da mãe para o filho, incluindo o aconselhamento e testagem para o HIV no pré-natal para todas as gestantes, a administração de zidovudina para as gestantes HIV+ e seus recém nascidos e a substituição do aleitamento materno. Entre os países em desenvolvimento o Brasil pode ser colocado em uma situação de destaque pois, ao estabelecer a redução da transmissão vertical do HIV como uma prioridade, definiu e publicou diretrizes oficiais e passou a disponibilizar recursos para a testagem anti-HIV e o aconselhamento de gestantes, aquisição de zidovudina oral, injetável e solução oral, capacitação de profissionais de saúde e disseminação de informação. Apesar destes esforços a redução da transmissão vertical ainda é um desafio, o que exige, no momento, um programa especial que envolverá as maternidades para buscar as gestantes, que não foram captadas no pré-natal, no momento do parto, buscando ainda reduzir a infecção pelo HIV e sífilis junto aos bebês.³⁰

Casais sorodiscordantes

Em relação a casais sorodiscordantes, o aconselhamento quanto às escolhas reprodutivas de casais onde apenas um dos dois é soropositivo para o HIV, é uma

³⁰ Ver Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Ministério da Saúde, CN-DST/Aids, ano 2001. Documento disponível em www.aids.gov.br. Acesso: 27/06/2002.

importante forma de diminuir o risco de infecção dos parceiros soronegativos e de garantir uma vida saudável para si, o parceiro e os filhos.³¹

Os serviços de saúde devem se preparar urgentemente para o atendimento e orientação das mulheres HIV positivas no que diz respeito ao exercício de sua sexualidade e de suas decisões reprodutivas.

Quanto às decisões reprodutivas, se o desejo da mulher for não engravidar, ela deve ser muito bem orientada sobre a eficácia e a conveniência do uso dos diversos métodos anticoncepcionais antes de optar por um ou mais métodos.

Se a mulher HIV positiva demonstrar a intenção de gerar filhos, ela deve ser informada de que quando apresentar carga viral baixa ou indetectável, CD4 alto, e ausência de sintomatologia ou de doenças oportunistas, será o melhor momento do ponto de vista clínico para engravidar. Deve ser orientada para continuar se mantendo tendo relações sexuais com preservativos, exceto no provável período fértil, onde estará tentando fazer ocorrer a concepção, e que desta forma estará reduzindo a probabilidade de infecção ou re-infecção de seu parceiro e do feto (no período da gestação). Deve informar ao seu médico sobre a sua gravidez e seu estado de portadora do HIV para que o uso da terapia antiretroviral e outras medidas preconizadas para diminuir a chance de infecção de seu conceito, na gestação, no parto e no puerpério sejam utilizadas adquadamente.³²

As mulheres HIV positivas devem ser orientadas sobre a possibilidade de realizar inseminação artificial como uma opção segura de engravidar sem riscos para os parceiros soronegativos.³³

³¹ Sobre a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde, consultar recente publicação da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (Maksud, Terto Jr., Pimenta e Parker, 2002).

³² Sobre prevenção da transmissão vertical, consultar Grinstejn (2002).

³³ Sobre novas tecnologias de reprodução assistida, consultar Faundes (2002).

ANEXOS

Anexo 1. A mulher vítima de violência no Brasil

A atenção à mulher em situação de violência é prestada de maneira irregular, dependendo do interesse de alguns gestores e profissionais de saúde e das demais áreas de intervenção. Pouco se conhece sobre os serviços existentes, sua abrangência e a qualidade do atendimento.

Desde 1989 existem serviços que atendem mulheres e adolescentes em situação de violência, que incluem a interrupção da gravidez pós-estupro. Esses serviços estão sendo implantados com suporte de portarias ou leis estaduais regulamentando o atendimento. Nos últimos três anos, a velocidade de implantação de novos serviços aumentou consideravelmente, no entanto ainda se pode afirmar que o número de mulheres atendidas é infinitamente inferior às estimativas de ocorrência do estupro e outros tipos de violência doméstica e sexual nas cidades brasileiras.

Ainda não é possível medir o impacto desses serviços na saúde da mulher, mas há indicativos de que sua implantação tem uma função preventiva importante. Os relatórios dos serviços demonstram que um maior número de mulheres estupradas têm procurado atendimento imediatamente após a violência possibilitando a tomada de medicamentos para anticoncepção de emergência e de profilaxias para DSTs.

É preciso ressaltar que a garantia de atendimento à mulher estuprada não esgota toda a necessidade de oferta de serviços que o problema da violência sexual e doméstica exige do setor saúde. Também é desconhecida a magnitude das ações desenvolvidas na pesquisa, no âmbito das ONGs e por outros setores envolvidos com o problema.

Os principais objetivos de uma política de atenção à mulher em situação de violência devem contemplar: a estruturação e organização do setor saúde para reconhecer mulheres em situação de violência, diagnosticar a violência sexual e doméstica entre as usuárias do serviço, acolher suas demandas e prestar atendimento digno, integral, de qualidade e resolutivo. Além disso, deve-se buscar a estruturação de possíveis canais de comunicação

e encaminhamentos entre a saúde e outros serviços de setores como o policial, jurídico e ONGs que mantenham atendimento às mulheres e crianças em situação de violência, no sentido de implantar uma rede intersetorial integrada de atendimento.

Estratégias de implementação da atenção a mulheres em situação de violência

Criação da Câmara Temática sobre Violência Contra a Mulher

- Criada em março de 1999, a CT tem o objetivo de propor e acompanhar o desenvolvimento de políticas de atenção à mulher em situação de violência. Ela está vinculada a Área Técnica de Saúde da Mulher e subordinada ao Comitê Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências da Secretaria de Políticas de Saúde.

Normatização da Assistência

- Publicação de normas técnicas para subsidiar a implantação do atendimento à mulher vítima de violência sexual, incluindo orientações sobre a prevenção da gravidez pós-estupro – anticoncepção de emergência; prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; assistência psicológica; atendimento clínico e ginecológico; profilaxia das DSTs e do HIV; atendimento humanizado e interrupção da gravidez sob demanda da gestante.

- Produção de Cartilha para Agentes de Saúde e Caderno com Orientações sobre Violência Intrafamiliar no âmbito da atenção básica – documento de referência para organização do trabalho e normatização das práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde; assim como para suporte ao trabalho de capacitação e formação de recursos humanos desenvolvidos pelos polos de capacitação em saúde da família nos estados.

Assessoria e apoio financeiro para implantação de redes de atendimento

- Apoio a projetos estaduais e municipais – via convênios - para implantação de serviços de atenção a mulher em situação de violência.

Anexo 2. Mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM)

Recomenda-se a capacitação contínua dos profissionais de setores estratégicos dos serviços públicos de saúde (Serviços de Referência para DST/AIDS, Centros de Testagem e Aconselhamento, Serviços da Saúde da Mulher, dentre outros). Esta capacitação e/ou reciclagem deve ter como eixo teórico principal a sensibilização desses profissionais em temas vinculados à saúde da mulher e à prevenção das DST/AIDS, abordando aspectos sociais e comportamentais vinculados à homossexualidade feminina e reforçando procedimentos que garantam a melhoria do atendimento das MSM.

Considerando as dificuldades existentes para o trabalho de intervenção educativa junto às mulheres que fazem sexo com mulheres, a produção de material educativo específico para as MSM é uma estratégia recomendada. Neste sentido, deve-se enfatizar a disponibilização de: 1) cartilhas e/ou manuais direcionados aos profissionais de saúde, enfocando principalmente os profissionais das áreas de ginecologia, enfermagem, saúde mental, serviço social e odontologia. Tais materiais devem contemplar o repasse de informações que permitam o aperfeiçoamento da atenção em saúde para a mulher, adequando a abordagem e as prescrições dos profissionais de saúde à necessidade de cada paciente, de acordo com sua orientação sexual; 2) folhetos e cartazes dirigidos às mulheres que fazem sexo com mulheres contemplando o repasse de informações sobre saúde da mulher, prevenção das DST/AIDS, higiene básica, serviços de saúde disponibilizados na rede pública e redução de danos para uso de drogas. Além disso, esses materiais podem também incluir temas de interesse desse segmento da população, como, por exemplo, vulnerabilidade e risco para as DST/AIDS, orientação sexual, ativismo, direitos humanos, visibilidade e organização lésbica, entre outros; e 3) materiais dirigidos aos profissionais de saúde e a própria comunidade lésbica reforçando atitudes de não preconceito e não discriminação quanto à orientação sexual, visando garantir maior visibilidade das mulheres que fazem sexo com mulheres, bem como a promoção dos direitos humanos. Ainda no âmbito dessa estratégia que visa ampliar a divulgação de informações relacionadas às MSM, a inserção de questões, temas e/ou especificidades referentes às MSM em todas as campanhas e publicações produzidas pela esfera governamental, é considerada diretriz fundamental para o trabalho de promoção à saúde e prevenção das DST/AIDS.

Recomenda-se que na implantação e/ou desenvolvimento de projetos de prevenção às DST/AIDS pelas organizações da sociedade civil voltados para mulheres, profissionais do sexo, travestis e usuários/as de drogas injetáveis, sejam inseridas questões ou especificidades associadas as MSM. É também de fundamental importância que nos projetos de redução de danos, se ampliem os insumos de prevenção disponibilizados nos *kits*, a partir da inclusão de materiais de prevenção para o sexo mais seguro entre mulheres.

Anexo 3. Projetos Conveniados com a CN-DST/Aids que trabalham com mulheres

(Inserir anexo 3 tabela excell)

Anexo 4.ONGs que atuam no segmento de aids e saúde sexual e reprodutiva conveniadas da CN-DST/AIDS

Referências Bibliográficas

- ARILHA, M. **Políticas públicas de saúde: mulheres e DST/AIDS: reajustando o olhar**. Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1986.
- BANDURA, A. **Social learning theory**. Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice Hall, 1977.
- BARBOSA, R. **HIV/AIDS, transmissão heterossexual e métodos de prevenção controlados pelas mulheres**. Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2000.
- BASTOS, FI. **A Feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento**. Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2000.
- BENSON, JO; MCGHEE, K; COPLAN, P; GRUNFELD, C; ROBERTSON, M; BRODOVICZ, KG; SLATER, E. Fat redistribution in indinavir-treated patients with HIV infection: a review of postmarketing cases. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.** 2000, Oct 1; 25 (2):130-9.
- BRANDÃO, E.R et al. Juventude e família: reflexões preliminares sobre a gravidez na adolescência em camadas médias urbanas. **Intersecções**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- BRANDÃO, E.R. **Nos corredores de uma delegacia da mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal**. Tese de mestrado. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1996
- BRASIL. Boletim Epidemiológico AIDS. Ano XII, nº 03, 36ª a 52ª semanas epidemiológicas – outubro a dezembro de 2000.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico AIDS, julho a setembro de 2001. Disponível em www.aids.gov.br. Acesso: 01/07/2002.
- BRASIL. **Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, ano 2001.
- BRASIL. **Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Ministério da Saúde, CN-DST/Aids, ano 2001. Documento disponível em www.aids.gov.br. Acesso: 27/06/2002.
- BRASIL. **Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids, 2002 (Série Manuais, nº 47).
- CEBRAP. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Série Avaliação, nº 4. Brasília, outubro de 2000.
- COLLINS E; WAGNER C; WALMSLEY S. Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. **AIDS Read.** 2000, Sep; 10(9):546-50.
- DINIZ, S e VILLELA, WV. Interfaces entre os programas de DST/AIDS e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. In: PARKER, R, GALVÃO, J, BESSA, MS. **Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34, 1999.

- DINIZ, S. Gênero e Prevenção das DST e Aids. Texto encomendado pela CN-DST/Aids.
- FAUNDES, D. Reprodução assistida e HIV/AIDS. In: MAKSUD, I, TERTO Jr., PIMENTA, MC, PARKER, R. **Conjugalidade e AIDS: a sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2002.
- FERNANDES, N. Apoio psicológico a parceiros sorodiscordantes. In: MAKSUD, I, TERTO Jr., PIMENTA, MC, PARKER, R. (orgs.) **Conjugalidade e AIDS: a sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2002.
- GALVÃO, J. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: Parker, R. **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA e Jorge Zahar Editor, 1997.
- GOLLUB, EL. **Protecting women from STI/HIV: research experience and lessons learned with hierarchical counseling among women at high risk in Philadelphia**. Background paper prepared for the Symposium on Practical and Ethical Dilemmas in the Clinical Testing of Microbicides, Warrenton, 1997.
- GOUVEIA, T e Rocha, S. **AIDS, uma epidemia frente ao modelo de desenvolvimento brasileiro**. Recife. Mimeo. SOS Corpo, 2001.
- GRAHAM NM. Metabolic disorders among HIV-infected patients treated with protease inhibitors: a review. **J.Acquir.Immune Defic. Syndr.** 2000, Oct 1; 25 Suppl 1:S4-11.
- GRINSZTEJN, B. Prevenção da transmissão vertical. In: MAKSUD, I, TERTO Jr., PIMENTA, MC, PARKER, R. (orgs.) **Conjugalidade e AIDS: a sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2002.
- GUIMARÃES, C.D. **Descobrimos as mulheres: uma antropologia da AIDS nas camadas populares**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Museu Nacional. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 1998.
- GUIMARÃES, MA. Vulnerabilidade Subjetiva. In: Anais do **Seminário “A Vulnerabilidade da População Afro-brasileira à Epidemia de HIV/AIDS**; 2001 dez 10-11; Rio de Janeiro, Brasil.
- GUPTA, GR, WEISS, E. **Mulher e AIDS: desenvolvendo uma nova estratégia de saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 1994. (World Bank Policy Research Report).
- HADIGAN, C; CORCORAN, C; PIECUCH, S; RODRIGUEZ, W; GRINSPOON, S. Hyperandrogenemia in HIV- infected women with lipodystrophy syndrome. **J Clin Endocrinol Metab.** 2000, Oct; 85(10):3544-50.
- [IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociais Mínimos. In: **Censo 2000**, disponível em <URL: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos>> [2001 Jan 24].
- [IPEA] Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho: um recorte de raça e gênero**, disponível em <URL:<http://www.ipea.gov.br/pub> > [2001 Aug 28]
- KNAUTH, D.R. **AIDS, reprodução e sexualidade: uma abordagem antropológica das mulheres contaminadas pelo vírus da Aids**. Relatório Final. II Prodir. Fundação Carlos Chagas/Fundação MacArthur, 1996.

- LOPES, F. **Novos caminhos para equalização dos diferentes na luta contra a AIDS.** São Paulo, Educaids, 2002. (mimeo).
- LOPES F e BUCHALLA CM. Situações de não efetivação de direitos humanos de mulheres negras e não negras que convivem com HIV/AIDS. In: **Anais do VII Congresso Paulista de Saúde Pública e Democracia.** São Paulo: APSP, 2001. p. 180
- MAKSUD, I, TERTO Jr., PIMENTA, MC, PARKER, R. (orgs.) **Conjugalidade e AIDS: a sorodiscordância e os serviços de saúde.** Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2002.
- MARTINEZ, E; MOCROFT, A; GARCIA-VIEJO, MA; PÉREZ-CUEVAS, JB; BLANCO, JL; MALLOLAS, J et al. Risk of lipodystrophy in HIV-1-infected patients treated with protease inhibitors: a prospective cohort study. **Lancet.** 2001, Feb; 357(9256): 592-8.
- MATTOS, A e FARIAS, L.O. **SUS: sistema único num país plural.** Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2002. mimeo.
- MCDERMOTT, AY; SHEVITZ, A; KNOX, T; ROUBENOFF, R; KEHAYAIS, J; GORBACH, S. Effect of HAART on fat, lean, and bone mass in HIV seropositive men and women. **Am. J. Clin. Nutr.** 2001, Nov; 74(5):679-86.
- OROZCO, Y.P. Mulheres, Aids e religião. Cadernos n 10. Católicas pelo direito de decidir. São Paulo, 2002.
- PARKER, R e TERTO Jr., V. **Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: anais do seminário: prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década.** Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
- PARKER, R **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política.** Rio de Janeiro:ABIA, São Paulo: Editora 34, 2000.
- PARKER, R. e GALVÃO, J. (orgs). **Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará:ABIA:IMS/UERJ, 1996.
- PARKER, R., GALVAO, J., PEDROSA, J. S. (Orgs.). **AIDS no mundo.** Rio de Janeiro: ABIA : IMS/UERJ : Relume Dumara, 1993. 321 p. (Historia Social da AIDS, 1).
- PIMENTA, MC, RIOS, LFR, BRITO, I et al. **Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros.** Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001.
- PIMENTA, MC. **Teorias de intervenção ao HIV/AIDS: análise comparativa de abordagens de prevenção entre os jovens.** Projeto de tese de doutorado. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001.
- PINHEIRO, R; MATTOS, RA (Orgs.). **Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS : ABRASCO, 2001.
- PORTELLA, AP. Os direitos reprodutivos e a AIDS: alguns comentários. In: MAKSUD, I, TERTO Jr., PIMENTA, MC, PARKER, R. (orgs.) **Conjugalidade e AIDS: a sorodiscordância e os serviços de saúde.** Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2002.
- PROJETO PRAÇA ONZE. **Manual DST. Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Projeto Praça Onze. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.
- REDE SAÚDE. **Dossiê Mulheres e AIDS.** Disponível em www.redesaude.org.br/dossies/html/body_dossiermulher_e_aids.html.

- RIDOLFO, AL; GERVASONI, C; BINI, T; GALLI, M. Body habitus alterations in HIV-infected women treated with combined antiretroviral therapy. **AIDS Patient Care STDS**. 2000; Nov; 14(11):595-601.
- SAMPAIO, CMA. A sorodiscordância na interface com o uso de drogas, uma questão em debate. In: MAKSDUD, I, TERTO Jr., PIMENTA, MC, PARKER, R. (orgs.) **Conjugalidade e AIDS: a sorodiscordância e os serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2002.
- SANTOS, NJS; PAIVA, V; VENTURA-FILIPE, E. HIV positive women, reproduction and sexuality in Sao Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**. 1998; Vol 6(12),p31-41.
- SCHROOTEN, W; COLEBUNDERS, R; YOULE, M; MOLENBERGHS, G; DEDESN; KOITZ G et al. Sexual dysfunction associated with protease inhibitor containing HAART. **AIDS**. 2001, May; 15(8):1019-23.
- SES-RJ. **Plano Diretor de Regionalização**. Rio de Janeiro, 2001.
- UNDP Poverty Report 2000. Informe disponível em <www.undp.org/povertyreport/main/spanish.html>. Acessado em 11/07/2002.
- VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo, Fundação MacArthur, 2002.
- VILLELA, W. Refletindo sobre a negociação sexual como estratégia de prevenção da AIDS entre as mulheres. In: PARKER, R e GALVÃO, J. (orgs). **Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, IMS-UERJ, Relume-Dumará, 1996.
- WANKE, C; GERRIOR, J; KANTAROS, J; COAKLEY, E; ALBRECHT, M. **Recombinant human growth hormone improves the fat redistribution syndrome in patients with HIV**. **AIDS**. 1999, Oct; 13(15):2099-103.
- WOLFORT, FG; CETRULO, CL; NEVARRE, DR. **Suction-assisted lipectomy for lipodystrophy syndromes attributed to HIV-protease inhibitor use**. **Plast. Reconstr. Surg**. 1999, Nov; 104(6):1814-20; discussion 1821-2.

CRÉDITOS

O conteúdo original deste documento foi elaborado pelo Grupo Assessor de Mulheres. Ao documento final foram acrescentados textos resultantes de reuniões promovidas pelo Grupo Assessor com instituições e representantes de OGs, ONGs e serviços, listados abaixo.

Grupo Assessor de Mulheres

Carmen Dhalia – Unidade de Epidemiologia da CN-DST/Aids

Cristina Pimenta – ABIA

Denise Doneda – Unidade de Prevenção da CN-DST/Aids

Edna Roland – Fala Preta _ Organização de Mulheres Negras

Eduardo Campos de Oliveira – Unidade de Assistência, Diagnóstico e Tratamento da CN-DST/Aids

Elza Berquó – Comissão Nacional de População

Karen Bruck – Unidade SCDH da CN-DST/Aids
Kátia Souto – Unidade de Prevenção da CN-DST/Aids
Liliana Pittaluga – Unidade de Prevenção da CN-DST/Aids
Maria Luiza Granado de Marques – Rede de Informação Um Outro Olhar
Naila Santos – CRT/DST-Aids- São Paulo
Nelson Cardoso de Almeida – Área Técnica de Saúde da Mulher/MS
Regina Barbosa – CISMU/Conselho Nacional de Saúde
Silvana Santos – Mulheres Soropositivas
Solange Bentes – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM
Solange Rocha – Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos
Vera Luce Canto Bertagnoli – Fundação Esperança

Compilação de textos, pesquisa adicional e redação final:

Cristina Pimenta (Psicóloga; Doutoranda em Saúde Coletiva; Coordenadora Geral Adjunta da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA).
Ivia Maksud (Socióloga; Mestre em Saúde Coletiva; Assessora de Projetos da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA).
Kátia Souto (Unidade de Prevenção- CN-DST/Aids)
Liliana Pittaluga (Unidade de Prevenção-CN-DST/Aids)

Organizadoras:

Cristina Pimenta (Psicóloga; Doutoranda em Saúde Coletiva; Coordenadora Geral Adjunta da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA).
Kátia Souto (Jornalista; Assessora Técnica da Unidade de Prevenção- CN-DST/Aids)

Grupo Matricial MSM

Soraya Menezes (Associação Lésbica de Minas)
Neuza das Dores Pereira (Coletivo de Lésbicas do Rio de Janeiro e CEDOICOM)
Rosana Carneiro Zaiden (Coletivo de Feministas Lésbicas de São Paulo)
Alice de Oliveira (IV Seminário Nacional de Lésbicas)
Priscila Galvão (GLS Party)
Rosângela Castro (Grupo Arco-Iris e ABGLT)
Jane Pantel (Grupo Lésbico da Bahia)
Yone Lingdren (Movimento D’ELLAS – DDH – GLSITE)
Cristiane Simões (Movimento Lésbico de Campinas)
Miriam Weber (Núcleo de Gays e Lésbicas do PT)
Miriam Martinho Rodrigues (Rede de Informação Um Outro Olhar)
Vanessa Rocha (Atitude)
Melissa Navarro (Grupo Estruturação)