

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIDADE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

SILVIA ANDREA VIERA ALOIA

**O PROTAGONISMO DAS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS
ORGANIZADAS NO MOVIMENTO NACIONAL DAS CIDADÃS POSITHIVAS:**
Contribuições para Políticas Públicas Específicas

PORTO ALEGRE

2019

SILVIA ANDREA VIERA ALOIA

**O PROTAGONISMO DAS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS
ORGANIZADAS NO MOVIMENTO NACIONAL DAS CIDADAS POSITHIVAS:**

Contribuições para Políticas Públicas Específicas

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
a obtenção de título de Bacharel de
Administração em Sistemas e Serviços
de Saúde da Universidade Estadual do
Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dra^a Vania Roseli
Correa de Mello.

PORTO ALEGRE

2019

SILVIA ANDREA VIERA ALOIA

**O PROTAGONISMO DAS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS
ORGANIZADAS NO MOVIMENTO NACIONAL DAS CIDADAS POSITHIVAS:
Contribuições para Políticas Públicas Específicas**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.

Aprovado em/...../.....

BANCA EXAMINADORA

.....

Prof. Dr^a. Vania Roseli Correa de Mello

Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – Uergs

.....

Prof. Dra. Valquiria Pezzi Parode

Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – Uergs

.....

Me. Daniel Ecker

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Ufrgs

Dedico aos meus pais Belkis e Wilson, à
minha filha Lauren, à minha neta Agatha, ao
meu companheiro de caminhada Everton e a
todas as integrantes do Movimento Nacional
das Cidadãs Posithivas (MNCP)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que já partiram para outro plano e me ensinaram a sonhar e a realizar. Amo-os!

À minha filha Lauren, corajosa e grande mulher!

À minha neta Agatha, que me inspira e me dá a certeza que é possível fazer um mundo melhor!

Ao meu companheiro de caminhada Everton, por ficar na retaguarda e pela compreensão em minhas ausências!

À minha orientadora, professora e amiga, pela sensibilidade e envolvimento nas causas político-sociais!

Aos membros da banca, Valquiria e Daniel, pela leitura e contribuições a este trabalho!

Às mulheres do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas, que reafirmam todos os dias o quão importante é esta grande missão!

“Hoje, eu falo por mim,
Por aquelas que já não podem mais falar.
Por aquelas que ainda não conseguem falar e
Por aquelas que sequer sabem que têm
voz...” (MNCP, 2004).

RESUMO

A Aids é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que ataca as células de defesa do organismo, tornando-o mais vulnerável às diversas enfermidades, também chamadas de doenças oportunistas. Os primeiros casos de HIV no Brasil foram relatados no início da década de 80. A sociedade civil teve um papel fundamental na construção da Política Nacional de HIV/Aids. Esta se consolidou a partir da articulação entre movimentos sociais, academia, trabalhadores da saúde e gestão, buscando as primeiras respostas no campo da assistência e tratamento das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA). Em 2001 começa uma grande articulação de mulheres afetadas pela epidemia, consolidando-se em 2004 o Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP). O MNCP tem dado visibilidade às vulnerabilidades e especificidades dessas mulheres. Assim, esta pesquisa buscou analisar o protagonismo das mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA) organizadas no MNCP e como elas contribuem no enfrentamento da epidemia. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, que adota o método de ensaio acadêmico - gênero textual de caráter crítico e discursivo – que oportuniza apresentar opiniões e reflexões sobre o tema em consonância com a bibliografia utilizada. A partir do material de pesquisa, constata-se que a epidemia envolve elementos multifatoriais, transcendendo as dimensões biomédicas. São muitos os desafios das MVHA, ligados principalmente às desigualdades de gênero e aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), que as afetam e as deixam mais suscetíveis ao adoecimento. Dessa forma, depreende-se que as Políticas Públicas devem focar em ações e estratégias com vistas à redução das vulnerabilidades existentes e ao enfrentamento das desigualdades que interferem drasticamente na vida das MVHA. Também se faz necessário ressignificar a atuação do Movimento de forma a resgatar a construção de agendas afirmativas calcadas nos direitos humanos, que foi o alicerce na construção da Política de HIV/Aids no país, entendendo a Aids de uma forma transversal, intersetorial, interdisciplinar e ancorada nos princípios do SUS. Por fim, esforços conjuntos com outros movimentos de mulheres e os movimentos de luta contra a Aids e pelo acesso à assistência e ao tratamento, é de suma importância para superar o atual momento político-econômico-social, de silenciamento e de perdas de direitos. Resistência e Coragem são as palavras do momento.

Palavras-chave: HIV. AIDS. Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas. Mulheres Vivendo com HIV/Aids.

RESUMEN

El SIDA es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que ataca las células de defensa del cuerpo, haciéndolo más vulnerable a diversas enfermedades, también llamadas enfermedades oportunistas. Los primeros casos de VIH en Brasil se reportaron a principios de la década de 1980. La sociedad civil jugó un papel clave en la construcción de la Política Nacional de VIH / SIDA. Este se consolidó a partir de la articulación entre movimientos sociales, academia, trabajadores de la salud y gerencia, buscando las primeras respuestas en el campo de la atención y tratamiento de las Personas Viviendo con VIH / SIDA (PVVS). En 2001 se inició un gran número de mujeres afectadas por la epidemia, y en 2004 se consolidó el Movimiento Nacional de Ciudadanos Positivos (MNCP). El MNCP ha dado visibilidad a las vulnerabilidades y especificidades de estas mujeres. Así, esta investigación buscó analizar el rol de las mujeres viviendo con VIH / SIDA (MVHA) organizadas en el MNCP y cómo contribuyen al afrontamiento de la epidemia. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo, que adopta el método de prueba académica - género textual de carácter crítico y discursivo - que permite presentar opiniones y reflexiones sobre el tema de acuerdo con la bibliografía utilizada. Del material de investigación se desprende que la epidemia involucra elementos multifactoriales, trascendiendo las dimensiones biomédicas. Existen muchos desafíos para las MVHA, vinculadas principalmente a las desigualdades de género y los Determinantes Sociales en la Salud (DSS), que las afectan y las hacen más susceptibles a las enfermedades. Por tanto, parece que las Políticas Públicas deben enfocarse en acciones y estrategias dirigidas a reducir las vulnerabilidades existentes y abordar las desigualdades que interfieren drásticamente en la vida de las MVHA. También es necesario resignificar la acción del Movimiento para rescatar la construcción de agendas afirmativas basadas en los derechos humanos, que fue la base en la construcción de la Política de VIH / Sida en el país, entendiendo el sida de manera transversal, intersectorial, interdisciplinaria y anclados en los principios del SUS. Finalmente, los esfuerzos conjuntos con otros movimientos de mujeres y movimientos de lucha para combatir el sida, por el acceso a la asistencia y el tratamiento, es de suma importancia para superar el actual momento político-económico-social, el silenciamiento y la pérdida de derechos. Resistencia y coraje son las palabras del momento.

Palabras-clave: VIH. SIDA Movimiento Nacional de Ciudadanas Positivas. Mujeres Viviendo con VIH / SIDA.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Taxa de detecção de Aids, Aids em menores de cinco anos, infecção pelo HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade por Aids e números de casos de HIV/Aids no Brasil, 2007 a 2017.....	12
Figura 2 - Mandala representativa de Prevenção Combinada do HIV.....	14
Figura 3 - Populações Chave e Populações Prioritárias.....	15
Figura 4 - Representação dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.....	16
Figura 5 - Modelo <i>Dahlgren e Whitehead</i> sobre Determinantes Sociais em Saúde.....	22

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar da AIDS
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
CNDSS	Conselho Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
GTSCA2030	Grupo de Trabalho da sociedade Civil para a Agenda 2030
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPG	Instituto Patricia Galvão
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MNCP	Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas
MS	Ministério da Saúde
MVHA	Mulheres Vivendo com HIV/AIDS
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral para á saúde da Mulher
PC	Prevenção Combinada do HIV
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral Saúde da Mulher
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RNAJVCHA	Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo e Convivendo com HIV/Aids.
RNP	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Contexto histórico do HIV/AIDS no Brasil.....	12
2.2 Movimentos Sociais e a Construção da Política Específica de HIV/Aids.....	18
2.3 Determinantes Sociais em Saúde e Vulnerabilidades relacionadas ao HIV/Aids.....	21
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	25
3.1 Delineamento da Pesquisa.....	25
3.2 Coleta de dados e materiais.....	25
3.3 Análise dos dados.....	26
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O HIV é uma sigla para o Vírus da Imunodeficiência Humana que ataca o sistema imunológico - responsável pelas defesas do organismo - o qual se multiplicando, pode desencadear o aparecimento de doenças chamadas “oportunistas”. O HIV pode ser transmitido na relação sexual sem preservativo, por transfusão de sangue infectado, por instrumentos perfurocortantes não esterilizados, no compartilhamento de seringas infectadas e de mãe para filho durante a gestação, parto ou amamentação (transmissão vertical). A infecção com o HIV não tem cura, mas tem tratamento e pode evitar que a pessoa chegue ao estágio mais avançado de adoecimento na qual a presença de uma ou mais doenças oportunistas, é denominada de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) (BRASIL, c2019).

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (2017), há muito tempo se vem discutindo sobre a importância de que as pessoas que vivem com HIV ou com Aids devem e podem usufruir de todos os seus direitos, incluindo o direito à educação, trabalho, acesso à saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Neste sentido, nas décadas de 70 e 80, o contexto sociocultural foi marcado por intensas manifestações da sociedade civil pelo reconhecimento de direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros o que:

permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à Aids, tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e Aids. (GRANJEIRO; LAURINDO; TEIXEIRA, 2009, p. 88).

Estes movimentos desde sua origem estiveram ligados a organizações não governamentais, comunidade científica, setor privado, igrejas e pessoas afetadas pela epidemia que agiram no plano da atenção e da prevenção do HIV/Aids e no combate à discriminação aos grupos mais afetados, além de:

[...] impulsionar as políticas públicas, a ação desses movimentos permitiu uma organização social fundamentada na solidariedade, conceito adotado pelo movimento social, para preservar a cidadania dos doentes e dos grupos mais atingidos. (GRANJEIRO; LAURINDO; TEIXEIRA, 2009, p. 88).

Em 1986 o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de DST/Aids¹ (PN/DST/Aids), que resultou em uma grande rede de interlocução entre profissionais e instituições, estabelecendo diretrizes que fundamentaram as primeiras ações de enfrentamento da epidemia no país (BRASIL, 2003). No final da década de 80, surgiu um número expressivo de novos casos entre mulheres e homens heterossexuais, desmistificando a concentração da epidemia exclusivamente em homossexuais.

Nesse contexto é que no Brasil, tem início em 2001, um projeto chamado Cidadãs Posithivas que, num primeiro momento, desenvolveu-se como um programa de capacitação para formação de lideranças entre mulheres organizadas vivendo com HIV/Aids e, num segundo momento, começa a realizar seminários regionais, visando sua multiplicação e o fortalecimento das organizações locais (INSTITUTO PATRICIA GALVÃO, 2005, p.25). Pela magnitude de suas ações, o projeto é formalizado em 2004, como Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP).

É importante destacar que a escolha pelo tema do HIV/Aids se deve ao meu percurso de militância no MNCP no qual, desde 2009, atuo em diferentes instâncias de representação consultivas, deliberativas e de monitoramento e avaliação de políticas públicas em âmbito municipal, estadual, nacional e internacional. Desde 2013 compo-nho a Secretaria Executiva do MNCP, com representação dentro do Grupo de Trabalho do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (GT UNAIDS); na Comissão Assessora para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (CATV); no Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável (GTSCA2030), na suplência do Movimento Latino-americano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+) e participei até junho de 2019, da Comissão Intersetorial de Saúde das Mulheres do Conselho Nacional de Saúde (CISMU/CNS). Nesta última, minha representação se deu pela Articulação Nacional de Luta contra a Aids (ANAIDS), da qual o MNCP faz parte.

¹ Inicialmente a nomenclatura era Programa de DST/Aids, posteriormente foi chamado de Departamento de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais (DIAHV) e, em recente mudança da estrutura do Ministério da Saúde, através de decreto nº 9795 de 17 de maio de 2019, passa a ser denominado de Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. O Departamento de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais passa a usar a nomenclatura “IST” (infecções sexualmente transmissíveis) no lugar de “DST” (doenças sexualmente transmissíveis). [...] “A denominação ‘D’, de ‘DST’, vem de doença, que implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticos (sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo) ou se mantêm assintomáticas durante toda a vida do indivíduo (casos da infecção pelo HPV e vírus do Herpes) e são somente detectadas por meio de exames laboratoriais [...]”. “O termo IST é mais adequado e já é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos principais organismos que lidam com a temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis ao redor do mundo” (BRASIL, 2017).

Neste meu percurso de militância apresentei diversos trabalhos sobre o tema e participei de debates em congressos e conferências nacionais e internacionais, salões de iniciação científica, atividades acadêmicas, ações e projetos voltados à promoção, prevenção e assistência às MVHA. É nesses espaços que atuo buscando dar visibilidade às vulnerabilidades e demandas das MVHA, chamando a atenção para a importância de um olhar integral à saúde dessas mulheres e para a prevenção das que estão mais suscetíveis à infecção.

Muitos e diversos são os aspectos que interferem na resposta à infecção. As desigualdades de gênero, as relações de violências, dentre outros fatores, potencializam ainda mais as vulnerabilidades das MVHA, bem como aumentam as chances de infecção das não infectadas (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2003). Considerando que o tema do HIV/Aids é transversal a discussões como violência, racismo, sexismo, estigmas e preconceitos, dentre outros, se entende que os mesmos devem estar na agenda de luta do MNCP, assim como na pauta dos diversos movimentos de mulheres. É, portanto, a partir do conjunto de todos os elementos apontados até aqui que se constrói a questão norteadora desta pesquisa: Como as mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA), organizadas no Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP) contribuem no enfrentamento da epidemia?

Assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar o protagonismo das MVHA, atuantes no Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP) e, seus objetivos específicos são: a) Apresentar o Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas; b) Descrever os determinantes sociais e as vulnerabilidades relativas às MVHA e demais mulheres com relação à infecção e c) Discutir a atuação das MVHA atuantes no MNCP, nas ações e políticas específicas.

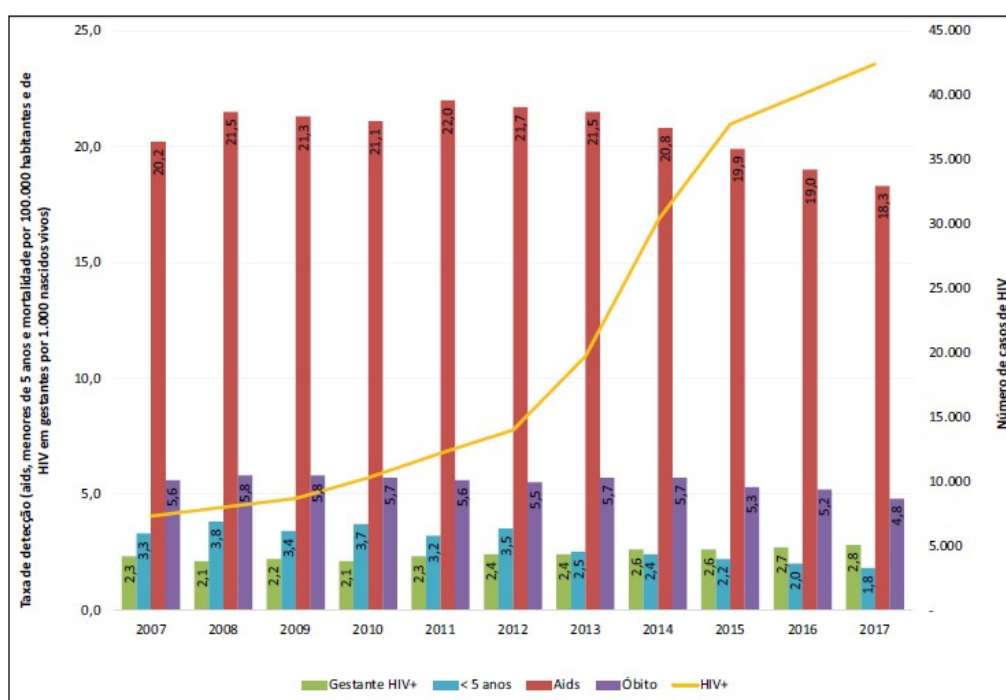
Vale ressaltar que com esta pesquisa busca-se também contribuir para o aprimoramento do aprendizado e tomada de decisão na gestão e no planejamento do sistema e dos serviços de saúde, visto que a temática abordada propicia a reflexão sobre os fenômenos que interferem no acesso e nas intervenções a serem implementadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Contexto histórico do HIV/Aids no Brasil

Segundo Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2018 do Ministério da Saúde (MS), no Brasil, de 1980 até junho de 2018, foram diagnosticadas 982.129 mil casos de Aids sendo que cerca de 112 mil não conhecem a sua sorologia. Nesse mesmo período, foram registrados 606.936 (65%) casos de Aids em homens e 319.682 (34,5%) em mulheres. No período de 2000 a junho de 2018, foram notificadas 116.292 gestantes infectadas com HIV, sendo 7.882 no ano de 2017. Apesar de estabilizada nos últimos anos, a incidência do HIV ainda é alta. Foram diagnosticados no ano de 2017, 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de Aids. Nesse mesmo ano, foram registrados 11.463 óbitos por Aids (BRASIL, 2018). A epidemia no Brasil, apesar da tendência de queda, ainda apresenta dados muito elevados, como demonstrado no quadro abaixo (Figura 1).

Figura 1 – Taxa de detecção de Aids, Aids em menores de cinco anos, infecção pelo HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade por Aids e números de casos de HIV/Aids no Brasil, 2007 a 2017.



Fonte: Brasil (2018, p.06).

A Aids é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que ataca as células de defesa do organismo, tornando-o mais vulnerável às diversas enfermidades, também chamadas de doenças oportunistas (BRASIL, 2019). Para o diagnóstico de Aids

se considera um conjunto de sinais e sintomas como tuberculose disseminada, infecções recorrentes ocasionada por fungos, pneumonia, neurotoxoplasmose, diarreia a mais de 30 dias, dentre outras (UNAIDS, 2017).

O HIV está presente no sangue, sêmen, secreção vaginal e leite materno, podendo ser transmitido através das relações sexuais sem preservativo, por compartilhamento de seringas infectadas, na transmissão vertical (mãe para filho), na gestação, parto e pelo aleitamento materno (BRASIL, 2019). Assim, comprovadamente a transmissão não ocorre pelo compartilhamento de utensílios e alimentos, tampouco nas manifestações de afeto como em abraços e/ou beijos, por exemplo. Essa informação é importante para pôr fim ao estigma e à discriminação associados às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) (UNAIDS, 2017). Ainda que não se tenha descoberto a cura do HIV, seu tratamento, denominado de terapia antirretroviral (TARV), impede o enfraquecimento do sistema imunológico, assim como reduz os riscos de transmissão.

No Brasil, os primeiros casos de HIV foram relatados no início da década de 80. De acordo com Grangeiro, Silva e Teixeira (2009) as primeiras respostas governamentais à epidemia foram desenvolvidas em 1983 no estado de São Paulo e posteriormente implementadas em outros estados brasileiros, articulando as seguintes estratégias de atuação: serviços de referência assistencial e laboratorial, vigilância epidemiológica, informação e educação à população, mobilização e participação social e diretrizes de combate à discriminação dos grupos mais afetados e das pessoas que vivem com HIV/Aids. Com a criação do Programa Nacional de DST/Aids formou-se uma interlocução mais consistente entre profissionais e instituições, repercutindo na nacionalização da resposta à epidemia e nas primeiras ações governamentais no campo do HIV/Aids. A partir de 1994, o apoio em financiamentos para instituições governamentais e não governamentais, foram firmados através de acordos com o Banco Mundial, objetivando a realização de projetos voltados à intervenção e assistência, produção de conhecimento e novas tecnologias. Estes foram decisivos para a consolidação da política de HIV/Aids no Brasil (GRANGEIRO; SILVA ; TEIXEIRA, 2009).

Com os avanços da ciência, foram surgindo medicamentos cada vez mais eficazes que contribuíram para a redução da mortalidade, o aumento da sobrevivência e a reinserção social das PVHA, atenuando o preconceito e a determinação de morte eminente. Assim, devido ao alto custo destes medicamentos, a sociedade civil priorizou a busca pela garantia do acesso aos antirretrovirais que resultou na publicação da Lei nº

9.313, de 13 de novembro de 1996, que garante a distribuição gratuita da TARV no âmbito do SUS, sendo o Brasil, um dos únicos países no mundo que assegura o acesso universal a medicamentos para as PVHA Com o tema de propriedade intelectual o tratamento “passou a ser um dos pilares de sustentabilidade e legitimidade da política brasileira de Aids dentro do próprio país”(GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009, p.91).

Ao longo das últimas décadas, o Ministério da Saúde passou a utilizar diversas estratégias com o desafio de redução da epidemia: a massificação da testagem na rede de saúde do SUS; a intensa articulação do Estado e Sociedade Civil em ações de promoção dos Direitos Humanos; a descentralização das ações de prevenção para a Atenção Básica e a implementação da estratégia de Prevenção Combinada para o HIV/Aids, (PC) sendo, esta última:

uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e socioestrutural), aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV (BRASIL, 2019, documento eletrônico não paginado).

A Estratégia de Prevenção Combinada do HIV é representada na figura 2

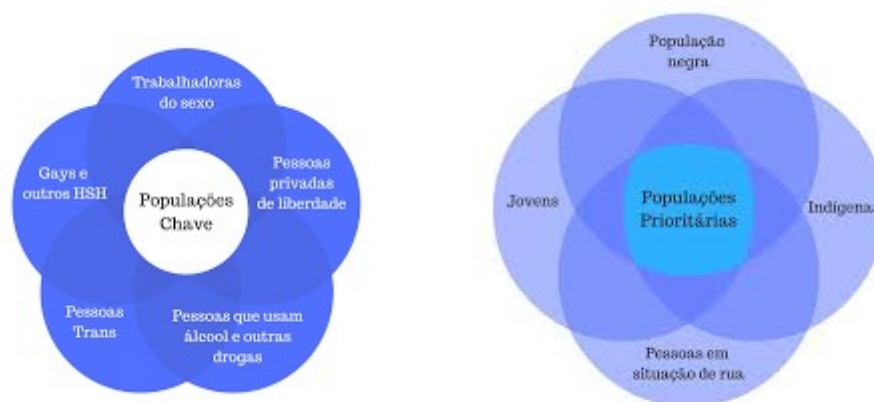
Figura 2 – Mandala representativa de Prevenção Combinada do HIV.



Fonte: Brasil (c2019)

A figura da Mandala está representada, em seu centro, pelas populações "Chave e Prioritárias". As populações-chave são aquelas consideradas como segmentos que apresentam prevalências desproporcionais quando comparadas à população em geral e com vulnerabilidades aumentadas por fatores comportamentais e estruturantes da sociedade e as Populações Prioritárias são os segmentos que apresentam vulnerabilidades acrescidas devido a situações de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais, conforme ilustrado na figura 3. Também existem outros aspectos que podem sobrepor e agravar o risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2017).

Figura 3 - Populações Chave e Populações Prioritárias.



Fonte: Brasil (c2019).

A figura da Mandala também tem representados os diferentes métodos de prevenção: Testar regularmente para o HIV e outras Ist; Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/Aids; Usar preservativo masculino, feminino e gel lubrificante; Diagnosticar e tratar todas as pessoas com Ist e Hepatite Viral (HV); Redução de Danos; Imunizar para a Hepatite B (HBV) e o Papiloma Vírus Humano (HPV); Prevenir a Transmissão Vertical; Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós Exposição (PEP). Estes métodos podem ser utilizados isolada ou conjuntamente, de acordo com as características e o momento da vida das pessoas (BRASIL, c2019).

Ainda, ao redor de toda a Mandala, estão os Marcos Legais e outras Intervenções Estruturais. O primeiro está relacionado às normas e legislações que promovem e protegem os direitos das PVHA, possibilitando a ação do estado brasileiro na garantia desses direitos. Como exemplo, pode ser citada a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), que define o crime de discriminação dos portadores do HIV e doentes de Aids. O segundo refere-se a um conjunto de ações voltado a enfrentar fatores e

condições socioculturais, o estigma, o preconceito e a discriminação, que impactam diretamente na vulnerabilidade das pessoas e/ou segmentos populacionais em relação ao HIV. Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) ressalta que a estratégia de PC do HIV, não deve ser dissociada do todo que a compõe, observando e considerando as singularidades dos sujeitos e as especificidades dos meios em que estão inseridos (BRASIL, 2017).

Conectados à Estratégia de PC, estão outros compromissos firmados nacional e internacionalmente pelo Brasil, como a meta ambiciosa 90-90-90, assumida pelo UNAIDS em 2014. A referida meta propõe que até o ano de 2020, 90% de todas as PVHA estejam sabendo a sua sorologia; 90% de todas as PVHA diagnosticadas estejam fazendo uso da TARV ininterruptamente e, 90% de todas as pessoas recebendo TARV, estejam com supressão viral (UNAIDS, [2019?]). Modelos matemáticos sugerem que o alcance dessas metas até 2020 permitirá que o mundo ponha fim à epidemia de Aids até 2030, mas alerta que para além do acesso a tratamento, devem ser desenvolvidas ações conjuntas para intensificar outras estratégias essenciais de prevenção como esforços para eliminar o estigma, a discriminação e a exclusão social (UNAIDS, 2015). Conforme nota explicativa com o título: Indetectável = Intransmissível, publicada pelo UNAIDS em 2018, foram realizados entre 2007 e 2016, três grandes estudos sobre a transmissão sexual do HIV entre milhares de casais, dos quais um parceiro vive com HIV e o outro não. Concluiu-se que pessoas com carga viral suprimida, além permanecer saudáveis, também não transmitem o vírus (UNAIDS, 2018).

Outro compromisso assumido e interconectado à PC e às Metas 90-90-90 é a Agenda 2030, que consiste em uma Declaração e um plano de ação “para erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir que as pessoas alcancem a paz e a prosperidade” (ONU, [2019?]) A Agenda 2030 contém um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Figura 4).

Figura 4 – Representação dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável



Fonte: ONU [2019?].

O ODS 3 – Saúde e Bem Estar – define, em uma de suas metas, que até 2030 se acabe com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e se combata a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis. O ODS 5 – Igualdade de Gênero – por sua vez, define entre suas metas, o compromisso de assegurar o acesso universal à saúde sexual e aos direitos reprodutivos, em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão. Vale ressaltar que todos os 17 ODS são interconectados entre si (ONU, [2019?]).

No campo específico das mulheres, no Brasil, nos anos de 1980, o feminismo defendia a autonomia e a integralidade do corpo das mulheres como espaço de luta política. Nesse contexto, políticas públicas específicas para elas são criadas no mesmo período do surgimento da epidemia da Aids no Brasil (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013). Em 1984 é elaborado o Programa de Atenção Integral de Saúde das Mulheres (PAISM), com o objetivo de fortalecer a estratégia de atuação das mulheres nas proposições e controle social das políticas públicas de saúde e em 2004 é implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em articulação com o SUS e a CF de 1988 (BRASIL, 2004). Com o aumento de casos de HIV/Aids entre as mulheres no final da década de 80, as discussões relativas a gênero e saúde se ampliaram e foram criados diversos mecanismos para a produção de conhecimento sobre a temática na área da saúde coletiva, como a criação do Grupo Temático de Gênero e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1995 e o Grupo Assessor para Elaboração de Proposta de trabalho para Mulheres, do Programa Nacional de DST/Aids do MS. O espaço destes grupos contou com o apoio de feministas e grupos organizados de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, os quais elaboraram um conjunto de recomendações, embasando as políticas públicas e ações no controle da Aids (CABRAL; KNAUTH, [2017?]).

Posteriormente, em 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), com a finalidade de:

[...] assessorar, direta e imediatamente, o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres e na elaboração do planejamento de gênero que contribui na ação do governo federal e

demais esferas de governo, com vistas à promoção da igualdade (BRASIL, 2011, p. 6).

Outra iniciativa, em março de 2007, foi o lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras IST's, pelo Presidente da República na época, Luís Inácio Lula da Silva, em comemoração ao Dia Internacional da Mulher. O principal objetivo do Plano era a consolidação da política intra e intersetorial para o enfrentamento da epidemia da Aids e a prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis entre mulheres, tendo como marco os direitos sexuais e reprodutivos e se estruturando a partir das iniciativas históricas de organismos governamentais e movimentos sociais em todas as regiões do país. Dentre os movimentos de mulheres que participaram ativamente deste processo, o MNCP fez parte das discussões e da construção do referido Plano (BRASIL, 2011).

Apesar da resposta brasileira à epidemia de AIDS ser referência nacional e internacional pelo seu investimento em programas relacionados com a prevenção da transmissão de IST's e atenção integral à saúde de PVHA, ainda há diversos desafios no que se refere ao enfrentamento das especificidades e diversidade das Mulheres Vivendo com HIV/Aids. Segundo Engenderhealth e o UNFPA (2008), existem obstáculos que se apresentam desde as dimensões sociais, familiares, individuais e programáticas que tornam mais complexo o viver com HIV/Aids. Deste modo, se faz necessário visibilizar os contextos vivenciados por essas mulheres assim como os impactos do estigma e do preconceito, das violências, das violações dos direitos sexuais e reprodutivos e do não reconhecimento dos direitos de adolescentes e jovens, sobretudo no que diz respeito a sua sexualidade e decisões reprodutivas.

2.2 Movimentos Sociais e a Construção da Política Específica de HIV/Aids.

A luta dos movimentos sociais teve um papel fundamental na garantia da assistência e no tratamento das PVHA e ganha papel de destaque com o advento da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Regulamentado pela Lei Nº 8080/90 e instituído pela Constituição Brasileira (CF), em seu artigo 196, como forma de garantir a saúde como um Direito de todos e dever do Estado, o SUS é resultado da luta da população brasileira por saúde, direitos, democracia e igualdade, e prevê o atendimento universal e gratuito, financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União,

dos Estados e dos Municípios. Os centros e postos de saúde, os hospitais públicos, a vigilância em saúde, os laboratórios e hemocentros, assim como as fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, entre outros, fazem parte do SUS. Regido pelos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade o SUS tem ainda como diretriz a Participação e o Controle Social que define o direito da população em conhecer o que é realizado, propor, avaliar e monitorar a qualidade das ações desenvolvidas (MNCP, 2018).

A diretriz da participação da sociedade, garantida pela lei 8142/90, se dá através dos conselhos e conferências de saúde, assim como de outros espaços de tomada de decisão e ativismo social (FIOCRUZ, 2017). A luta dos movimentos sociais pelo acesso universal ao direito à medicação, a pressão para a redução do estigma e da discriminação e do acesso adequado aos serviços de saúde e as novas tecnologias, demonstra o indiscutível papel da sociedade civil organizada na construção da resposta à epidemia de Aids no Brasil. (GRANGEIRO; SILVA, TEIXEIRA, 2009).

O Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA), foi a primeira instituição específica de Aids. Fundada em 1985 na cidade de São Paulo, surgiu a partir da mobilização de profissionais da saúde, homossexuais adoecidos pela Aids e familiares. Depois do GAPA, surgiram outras importantes instituições em outros estados, todos eles com o objetivo de desenvolver intervenções de promoção e prevenção, produção de conhecimentos e defesa de direitos através do controle social, como o GAPA-Rio e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), ambas representadas pelo setor médico, intelectual, político e artístico (GRANGEIRO; SILVA, TEIXEIRA, 2009). Destacam-se neste cenário a formação da Rede de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em 1995 (RNP+Brasil), o Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas em 2004 (MNCP) e a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids em 2006 (RNAJVHA), como importantes organizações que fortaleceram o protagonismo das pessoas vivendo com HIV/Aids. (MELLO *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o MNCP resulta de uma oficina de mulheres latino americanas vivendo com HIV/Aids realizada na Colômbia em 1999 e que serviu de inspiração para as participantes brasileiras criarem no Brasil, em 2001, um projeto com a mesma proposta vivenciada na referida oficina, denominado “Cidadãs Posithivas”. Esse projeto reuniu diversas lideranças femininas de vários estados brasileiros que viviam com HIV/Aids e teve uma dimensão muito grande a ponto de não mais se configurar como um projeto e sim como um movimento organizado e estruturado (MNCP, 2018).

Assim, o Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP, foi formalizado em 2004 tendo como missão “Promover ações para fortalecimento integral das Mulheres Vivendo com HIV/Aids com foco no acesso à informação e na garantia dos direitos humanos” (MNCP, 2018, p. 3) e como principio busca o fortalecimento das MVHA através do estabelecimento de estratégias de atuação, com vistas à aceitação da condição sorológica para o HIV, combatendo o isolamento e a inércia, promovendo a troca de informações e experiências de modo a melhorar a qualidade de vida dessas mulheres, assim como, a participação em diversos espaços consultivos e deliberativos de políticas específicas voltadas para as mulheres e para as MVHA (MNCP, 2018).

O MNCP se baseia na potencialização das pautas de luta das mulheres, discutidas ao longo dos anos em conferências internacionais como a de Cairo² (1994) e Beijing³ (1995) dentre outras. Tem como referência os direitos das mulheres, o conhecimento e a autonomia sobre a saúde sexual e reprodutiva, a defesa dos direitos humanos, os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e as vulnerabilidades acrescidas com a sorologia positiva para o HIV. As suas discussões e lutas estão atreladas às desigualdades de gênero, de raça, de classe social e outros determinantes que potencializam a suscetibilidade ao adoecimento.

Desde seu início o MNCP já realizou oito encontros nacionais, espaços onde são elencadas as demandas do movimento e a escolha de suas representações nacionais, as quais têm como atribuição, dar voz às Mulheres Vivendo com HIV/Aids orientando-se pelas diretrizes e políticas específicas para as mulheres no contexto da epidemia. Estas representações nacionais são retroalimentadas através de e-groups, fóruns, relatórios e

² A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), mais conhecida como Conferência do Cairo, realizou-se em setembro de 1994. Participaram 11 mil representantes de governos, das Nações Unidas e de organizações não- governamentais. A partir da CIPD, as políticas e os programas de população deixaram de centrar-se no controle do crescimento populacional como condição para a melhoria da situação econômica e social dos países, e passaram a reconhecer o pleno exercício dos direitos humanos e a ampliação dos meios de ação da mulher como fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos. Nesta perspectiva, delegados de todas as regiões e culturas concordaram que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero. (UNFPA, [2019?]).

³ A IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim, em setembro de 1995, foi sem dúvida a maior e a mais importante delas: pelo número de participantes que reuniu, pelos avanços conceituais e programáticos que propiciou, e pela influência que continua a ter na promoção da situação da mulher. Intitulada “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, a Conferência de Pequim partiu de uma avaliação dos avanços obtidos desde as conferências anteriores (Nairobi, 1985; Copenhagen, 1980; e México, 1975) e de uma análise dos obstáculos a superar para que as mulheres possam exercer plenamente seus direitos e alcançar seu desenvolvimento integral como pessoas. (ONU MULHERES, [2019?]).

pelas representações estaduais e municipais. Estas últimas são de suma importância, já que pela extensão geográfica do país e suas peculiaridades, as demandas também são diferentes em cada região e assim, são as lideranças municipais ao vivenciarem a realidade local, que podem construir respostas mais direcionadas a cada uma delas. Vale salientar que os encontros nacionais são voltados para mulheres com HIV/Aids, porém são convidadas a participar lideranças de outros movimentos de lutas de mulheres, como: de mulheres negras, com deficiências, profissionais do sexo, indígenas, usuárias de álcool e outras drogas, assim como de agências internacionais das Organizações das Nações Unidas (ONU), gestores e pesquisadores, levando em conta a diversidade e os contextos de vulnerabilidade existente, buscando assim, a construção de agendas integradas. (MNCP, 2018)

O MNCP teve papel importante na participação, discussões e elaboração do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização das IST's, HIV/Aids, construído para aprofundar o contexto da epidemia na diversidade de mulheres suscetíveis à infecção e pós infecção, com vistas a incorporar o referido plano nas ações governamentais e na PNAISM. Além disso, a atuação do MNCP se dá em diversos espaços que contribuem para a elaboração das ações e políticas públicas específicas.

2.3 Determinantes Sociais em Saúde e Vulnerabilidades relacionadas ao HIV/Aids

Os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) nos remetem à reflexão de que o processo saúde-doença-adoecimento não ocorre da mesma maneira entre todos os indivíduos, tendo relação direta com a classe social, a cultura e o território que o sujeito ocupa (BERLINGUER, apud BRÊTAS; GAMBA, 2006). Para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS), os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Assim, “há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde⁴” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82). Tais abordagens identificam o desgaste das

⁴ Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social (Whitehead, 1992).

relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante fator no qual as iniquidades de renda também impactam negativamente na situação de saúde.

Segundo os mesmos autores, existe o desafio de relacionar os DSS, estabelecendo uma hierarquia de determinações entre os fatores gerais de natureza social, econômica, política e como esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; FILHO, 2007, p. 81) Para melhor compreensão dos DSS, dentre os diversos modelos propostos, o que permite visualizar as relações hierárquicas dentre os DSS é o modelo de *Dahlgren e Whitehead* (1991), (figura 5).

Figura 5 – Modelo *Dahlgren e Whitehead* (1991) sobre Determinantes Sociais em Saúde.



Fonte: Pellegrini Filho (2011).

Deste modo, o modelo proposto pelos autores:

inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades. [...] os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos

apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.(BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 83).

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), o estudo dessa cadeia de mediações permite identificar também os pontos sensíveis, como e onde intervir, impactando na redução das iniquidades de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81). Nesse sentido, entende-se como de relevante importância, definir, implementar e avaliar políticas e programas que interfiram nesses determinantes, assim como a sociedade compreender que essas iniquidades não interferem somente nos grupos mais desfavorecidos, mas também afeta toda a sociedade (BATISTELLA, 2007).

Dentro do contexto dos DSS é importante identificar as vulnerabilidades existentes na saúde e na vida das mulheres vivendo com HIV/Aids. O conceito de vulnerabilidade emerge no contexto da epidemia, configurando-se como uma importante contribuição para “a produção de um conhecimento efetivamente interdisciplinar e da construção de intervenções dinâmicas e produtivas” (AYRES *et al.*, 2003, p.117). De acordo com o referido autor, o conceito responde a determinantes que extrapolam a idéia de um agente viral específico, uma vez que os principais grupos populacionais inicialmente atingidos pela doença eram, e ainda são estigmatizados, seja por questões socioeconômicas ou por vivências sexuais fora do padrão heteronormativo e de gênero.

Segundo Ayres, Saletti e França (2006) a vulnerabilidade é composta de três dimensões interconectadas. A dimensão individual é referente ao conhecimento pessoal acerca do agravo e dos comportamentos em relação à ocorrência da doença, ou seja, relaciona-se à capacidade do sujeito de incorporar o conhecimento e controlar os comportamentos que o deixa mais suscetível aos agravos. A dimensão programática refere-se ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde disponíveis, e aos recursos e políticas existentes na área do agravo. A dimensão social da vulnerabilidade por sua vez, integra os fatores sociais do adoecimento, revelados por indicadores como perfil socioeconômico da população, gastos com serviços sociais e de saúde, normas vigentes, raça, relações de gênero, iniquidades sociais, entre outros (AYRES *et al.*, 2006). Vulnerabilidade, então, é um conceito relacionado ao significado de suscetibilidade e, considerando o princípio da equidade, é legítimo que grupos em situações de

desigualdade social sejam alvo de políticas públicas protetivas (SOUTO *et al.* apud MIRANDA; LACERDA, 2009). Deste modo, a análise das situações de vulnerabilidade no plano individual, social e programático, “levando em conta as relações de gênero e poder, sexismo e homofobia, racismo e pobreza; pode também orientar o planejamento, a organização e avaliação de serviços” (PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006, p. 110).

Segundo publicação do Instituto Patricia Galvão (IPG) (2003), do ponto de vista biológico, as mulheres têm um risco de duas a quatro vezes maior que o homem a se infectar pelo vírus. Isso se dá devido à área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais. O homem transfere uma quantidade muito maior de fluidos do que a mulher para o homem, ou seja, como o vírus se apresenta em maior quantidade nos fluidos sexuais masculinos e com a ocorrência de microfissuras vaginais do tecido vaginal e retal, torna o risco maior para as mulheres. Assim, esses fatores biológicos, aliados às vivências das mulheres, como o sexo não-consensual e as relações sexuais desprotegidas por falta de poder de negociação do preservativo, contribuem ainda mais para a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Segundo Rocha, Vieira e Lyra (2013), o vírus e o uso prolongado dos ARV também trazem efeitos colaterais como o aumento do colesterol, triglicerídeos, cardiopatias, distúrbios hormonais, menopausa precoce, osteoporose, diabetes, alterações neurocognitivas, dentre outros, que afetam fortemente a saúde e a vida das mulheres. Um dos efeitos colaterais é a lipodistrofia, distribuição desordenada de gordura que atinge braços, pernas, bumbum, rosto, pescoço, abdômen, costas e seios, provocando o não reconhecimento e aceitação da própria fisionomia.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como um estudo descritivo-exploratório que busca analisar como o protagonismo das mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA), organizadas no Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP), contribuiu no enfrentamento da epidemia a partir do exercício de um ensaio acadêmico. Para Minayo (2001, p. 21), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

De acordo com Triviños (1987), a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Gil (2010) afirma que as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Para este mesmo autor, as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiarização com o problema, buscando torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Deste modo:

Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. [...] Em virtude dessa flexibilidade, torna-se difícil na maioria dos casos, “rotular” os estudos exploratórios, mas é possível identificar pesquisas bibliográficas, estudos de caso e mesmo levantamentos de campo que podem ser considerados estudos exploratórios (GIL, 2010, p 27.)

3.2 Coleta dos dados e materiais

Os dados e materiais utilizados para esta pesquisa foram obtidos através de pesquisa bibliográfica e documental. Segundo Gil (2010) As pesquisas bibliográficas são elaboradas com base em material já publicado com objetivo de analisar posições diversas em determinado assunto através de material impresso, livros revistas jornais, teses, dissertações, anais de eventos científicos, assim como materiais disponibilizados pela internet. Já a pesquisa documental, se dá através de relatórios, boletins, jornais de

empresas, materiais internos à organização, geralmente textos escritos em papel, assim como por meio eletrônico.

Os materiais utilizados para esta pesquisa foram obtidos através de sites oficiais do Ministério da Saúde sobre a Política de HIV/Aids e a Política para as Mulheres, relatórios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que trazem boletins epidemiológicos, assim como documentos e publicações associadas ao tema e articuladas em um ensaio acadêmico. Também foram utilizadas publicações do próprio MNCP, como o “Guia de Advocacy para as lideranças do MNCP” e o livro “Flores Vermelhas”, dentre outros documentos internos, como a carta de princípios do MNCP, relatórios de atividades, artigos produzidos, publicações de denúncias postadas na fanpage do movimento e divulgadas às autoridades pertinentes. Outras publicações em revistas, livros, artigos acadêmicos, documentos de conferências internacionais e apresentações em congressos de diversos autores com expertise nos temas de HIV/Aids, de Igualdade de Gênero, de Direitos Humanos e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, produzidos por movimentos de mulheres de diversas lutas, como de mulheres negras, de feministas, com deficiências, dentre outros.

3.3 Análise dos dados

Para Gil (2010) esta é a última etapa da pesquisa bibliográfica e “Não há regras fixas acerca do procedimento a ser adotado nesta etapa, pois depende em boa parte do estilo de seu autor” (GIL, 2010, p. 63). Assim, para a análise e discussão dos materiais desta pesquisa buscou-se realizar um exercício de ensaio acadêmico. O termo ensaio foi utilizado pela primeira vez no século XVI pelo filósofo e humanista francês Michel de Montaigne (1533-1592) com a publicação de sua obra “*Les Essais*” (Os Ensaaios), em 1580 (DIANA, 2018).

O ensaio acadêmico é um gênero textual de caráter crítico e discursivo, que demonstra posições e reflexões do autor sobre determinado tema e apresenta conclusões originais, problematizando questões de determinado assunto apresentando-as sob o ponto de vista pessoal das reflexões críticas e subjetivas do autor. Segundo Pereira (2013, p. 225), o ensaio acadêmico é uma instância de produção de conhecimento que deve articular pensamento e escrita que explore ponderações, posições possíveis e conclusões plausíveis para determinado problema.

Este gênero textual se ajusta a esta pesquisa em decorrência das vivências da autora, na medida em que oportuniza apresentar opiniões, reflexões e experiências pessoais, em consonância com o tema e a bibliografia utilizada. Dar-se-á continuidade na discussão dos resultados a partir da análise dos referenciais teóricos e dos elementos que nos permitem compreender como o Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas se organiza, quais são os espaços de atuação que dão visibilidade à militância das Mulheres Vivendo com HIV/Aids e sua importância no contexto da epidemia, buscando dessa forma alcançar os objetivos propostos. (O ENSAIO..., c2019).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Política Nacional de HIV/Aids foi construída no Brasil a partir da articulação entre movimentos sociais, academia, trabalhadores da saúde e gestão, onde cada um deles teve papel fundamental na busca das primeiras respostas no campo da assistência e tratamento das Pessoas Vivendo com HIV/Aids. Esta construção coletiva e participativa impulsionou inicialmente as ações governamentais para a busca de estratégias e estabelecimento das políticas públicas específicas no campo da epidemia. Neste sentido, as alternativas conjuntas foram o grande diferencial e referencial da Política no país, o que lhe conferiu destaque no cenário local e internacional, em decorrência, de sua dimensão político social que, transcendendo uma abordagem biomédica, volta-se mais diretamente para aquelas relacionadas à atenção das PVHA e para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais e programáticas.

Nas décadas de 70 e 80 já havia uma grande mobilização de defesa de direitos de mulheres, negros e homossexuais. Isto, também influenciou na construção de agendas afirmativas calcadas nos direitos humanos, entendendo a Aids de uma forma transversal, intersetorial e interdisciplinar e ancorada nos princípios do SUS, fornecendo parâmetros no campo técnico e programático, para o desenvolvimento de ações em nível local, regional e internacional.

Quando começaram a surgir os primeiros medicamentos para o tratamento da Aids, estes foram se tornando cada vez mais eficazes e, conseqüentemente, reduzindo a mortalidade. No entanto, ainda havia o entrave em relação ao seu alto custo e foi aí que, novamente os movimentos sociais ligados à temática precisaram retomar a luta pela garantia do acesso aos tratamentos. Nesse processo de mobilização e luta pelo acesso aos ARV, vale lembrar que tudo começou com a iniciativa de uma mulher vivendo com HIV/Aids, a partir de um processo judicial baseado no artigo 196 da CF de 1988 que afirma que: saúde é direitos de todos e dever do Estado. Após este episódio seguiram-se rapidamente vários outros processos instaurados por outras PVHA e que resultaram na publicação da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Esta lei estabeleceu a distribuição gratuita da TARV no âmbito do SUS e se constituiu em mais um grande marco na história de um país que, considerado subdesenvolvido na época passava, a partir de então, a fornecer universalmente o tratamento. Esta mesma mulher, que começou o processo pelo acesso aos ARV, foi também, mais adiante, uma das idealizadoras e fundadoras do MNCP (VIVA CAZUZA, 2019).

No campo específico das políticas públicas voltadas para as mulheres, a atuação do movimento de mulheres organizadas criticava o modelo assistencial reducionista. Reivindicando sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que transcendiam a gestação e parto, demandavam ações na melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida, levando em conta as peculiaridades de grupos populacionais e outros determinantes sociais, econômicos e culturais. Segundo documento da Política Nacional e Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM), as mulheres são a maioria da população freqüentadora dos serviços de saúde, seja para ela mesma, como também para cuidados de outras pessoas. Elas vivem mais que os homens, porém, adoecem com mais freqüência e esse adoecimento está mais relacionado a situações de discriminação social do que a fatores biológicos (PNAISM, 2004).

Ainda o PNAISM, o número de mulheres em situação de pobreza é superior ao dos homens, assim como o número de horas de trabalho e, pelo menos a metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, segundo dados apontados no relatório sobre a situação da População Mundial. Dessa forma, as desigualdades de gênero devem ser consideradas na formulação de políticas públicas, assim como, constata-se a importância da atuação dos movimentos sociais na apresentação de demandas e propostas de mudanças nas políticas específicas na atenção às mulheres (PNAISM, 2004).

São estes marcos históricos, tanto das políticas de HIV/Aids quanto das lutas de movimentos de mulheres, que o MNCP leva em consideração na sua atuação em busca da saúde integral das MVHA e da manutenção e melhoramento nas políticas públicas específicas, tendo em vista os diversos entraves para a implementação, manutenção e melhoramento do que já foi conquistado. O MNCP começa a se consolidar em 2001 quando da criação do projeto “Cidadãs Posithivas”, que teve como principal eixo o desenvolvimento de um programa de capacitação para formação de lideranças entre mulheres vivendo com HIV/Aids. Posteriormente, estas mesmas mulheres começaram a realizar seminários regionais, com o objetivo de trocar e multiplicar seus saberes, gerando maior fortalecimento pessoal, assim como o fortalecimento de organizações locais. Foi então, a partir da articulação e organização destas mulheres que, pouco a pouco o MNCP foi se fortalecendo em todo o país desde 2004.

Ainda que em vários cantos do país, mais e mais mulheres, muitas vezes na solidão, se descobrissem com HIV/Aids, pouco a pouco este sentimento foi sendo minimizado com o compartilhamento de seus anseios com outras mulheres vivendo na

mesma situação. Uma publicação realizada por meio da parceria entre o Ministério da Saúde e o Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas relata o cotidiano do ativismo das mulheres vivendo com HIV/Aids, chamando-as poeticamente de “Flores Vermelhas”:

Flores Vermelhas expressam a caminhada de mulheres guerreiras, mulheres meigas, que tecem a vida com amor e fibra. Que semeiam na terra e no asfalto frutos de uma luta por cidadania e direitos. Que tecem uma bandeira de lutas bordadas com palavras e imagens que traduzem caminhos diversos, plurais, das diferentes formas de ser mulher no nosso Brasil. [...] espelham vidas e faces de tantas feminilidades que agregam no seio da luta, corações e razões de uma caminhada que reconhece o perfume de cada flor, mas consolidam em um mesmo jardim os diferentes matizes desse florir [...] tingem de saudade as pétalas que já se foram e deixaram entre nós lembranças e exemplos. Contam histórias de vidas, que transbordam em experiências, que refletem a difícil arte do viver e ao mesmo tempo a eterna beleza da vida que se renova nas sementes que germinam em outros solos e corações [...] nasceram da dor, do conhecimento e do impacto de um diagnóstico de um vírus que se instala, às vezes, pelos caminhos que trilhamos, outras, pelos caminhos que os que amamos trilhamos, mas que nos colocam frente a frente com o desafio da escolha de superar e se renovar cotidianamente, fazendo da lágrima luz que brilha, e do medo coragem! [...] transcenderam os espaços geográficos do campo e da cidade, das desigualdades regionais, das desigualdades de gênero, raça e de geração. Nasceram para dar voz às mulheres e na sua luta construíram caminhos de diálogo e de participação cidadã [...] brotaram da dor e desbravaram no caminhar novas formas de viver, plantaram sementes de compreensão, de identidade, erguendo bandeiras, superando obstáculos, contornando dificuldades, tecendo a vida de dentro da palavra morte e fortaleceram-se no Movimento Nacional de Cidadãs PositHIVas. Flores Vermelhas, em cada pétala uma vida, em cada vida um exemplo, em cada exemplo um aprendizado, em cada aprendizado uma nova semente que renova a vida de tantas mulheres (BRASIL; MNCP, 2015, p. 3)

As “Flores Vermelhas” representam todas as mulheres do MNCP em sua diversidade, mulheres vivendo com HIV/Aids, brancas, não brancas, indígenas; jovens, adultas e idosas; heterossexuais, lésbicas ou bissexuais; da cidade, do campo das águas e das florestas; de várias profissões e religiões, letradas, analfabetas, com deficiências, ricas ou pobres, dentre tantas outras. O que as une é a necessidade e vontade de construir respostas no âmbito da epidemia do HIV/Aids no Brasil em seus quase 40 anos de existência.

O MNCP vem dando visibilidade a uma série de vulnerabilidades específicas do universo feminino, que vão muito além do agente viral e se referem aos direitos das mulheres, sua autonomia, saúde sexual e reprodutiva, direitos humanos, aos determinantes sociais em saúde e as vulnerabilidades, que são acrescidas, neste caso, à sorologia positiva para o HIV. As discussões e luta do movimento estão atreladas às

questões relacionadas às desigualdades de gênero, de raça, de classe social e outros fatores que geram o adoecimento, na medida em que muitas vezes não é o vírus o maior problema dessas mulheres e sim outros determinantes que impactam em sua vida e saúde. Nessas reflexões é importante sempre que se leve em consideração a diversidade das MVHA, assim como suas diferenças regionais e individuais.

No que diz respeito aos agravos que afetam as MVHA, o organismo de uma pessoa vivendo com HIV/Aids, quando convive por muitos anos com o vírus e o uso dos ARV, funciona como o de pessoas com mais idade, processo esse denominado de “Envelhecimento Precoce” (PRIMEIRA..., 2013). Esses fatores de envelhecimento interferem de forma diferente no organismo de mulheres e de homens. Têm forte impacto nas manifestações físicas e psíquicas, especialmente das mulheres, em que os agravos de saúde mental, por exemplo, são comprovadamente mais frequentes. Dentre tais manifestações, cita-se a menopausa precoce, a perda ou aumento de gordura vaginal, a perda de libido, depressão, alterações hormonais, alterações neurológicas, aumento das taxas de colesterol e triglicérides que provocam eventos cardiovasculares importantes, assim como taxas elevadas de glicemia propiciando o desenvolvimento de diabetes (ROCHA; VIEIRA; LYRA, 2013).

A alteração musculoesquelética, com fatores de risco para diminuição da densidade mineral óssea, ocasiona nas MVHA o desenvolvimento de osteopenia e osteoporose, aumentando o risco de fraturas e, em muitos casos, ocasionando deficiências físicas, impactando na mobilidade e qualidade de vida. Segundo estudos, também citam as disfunções neurocognitivas com sintomas de alterações de memória recente, lentidão de raciocínio, vagarosidade motora, dificuldade de atenção, concentração, dificuldade de tomar decisões. A manifestação mais grave destas alterações é a própria demência (PIO, 2013).

Outro efeito devastador é a Síndrome Lipodistrófica, um conjunto de sinais e sintomas, com alterações metabólicas e anatômicas decorrentes da redistribuição da gordura corporal, sendo que pode ocorrer tanto a sua perda, chamada de lipoatrofia, como o seu acúmulo, chamado de lipohipertrofia. A lipoatrofia ocorre na região da face, membros superiores e inferiores e nádegas. A lipohipertrofia ocorre na região do abdome, região cervical e nas mamas. (BRASIL, c2019) Estas alterações repercutem na revelação da sorologia por essas características marcantes, intensificando o estigma em relação ao vírus. Afeta também na auto percepção das MVHA, uma vez que não reconhecem mais o seu corpo e muitas relatam o quanto isso afeta a sua autoestima.

Estes fatores reforçam o preconceito, impactando negativamente as relações sociais e afetivas, a adesão ao tratamento a saúde mental, gerando isolamento, a depressão e muitas vezes a morte.

Referente à Lipodistrofia, uma conquista dos movimentos sociais de luta contra a Aids foi a Portaria Conjunta SAS/SVS nº 01, de 20 de janeiro de 2009, que trata das indicações cirúrgicas reparadoras como a lipoaspiração, abdominoplastia e colocação de prótese nos glúteos, assim como o preenchimento facial (BRASIL, 2009). Apesar da existência desta portaria que também normatiza o credenciamento dos hospitais e ambulatorios, há diversas dificuldades para acessar esse recurso, como a morosidade na execução do procedimento que, muitas vezes, só é garantido por meio de processos judiciais desgastantes, às vezes tão demorados, que quando são deferidos, outros agravos impedem a realização cirúrgica (MNCP, 2018).

Existem outras queixas frequentes trazidas pelas MVHA como a fibromalgia, por exemplo, que além de causar muito dor, assim como outras doenças, afetam de modo violento a saúde dessas mulheres. Todos os agravos aqui referidos demonstram a insuficiência de dados e pesquisas sobre os efeitos do vírus e dos ARV nos corpos femininos. O que há de pesquisas, ainda é muito incipiente e não há diferença nos tratamentos entre homens e mulheres. Um exemplo disso são os ARV e suas doses diárias, que são iguais para todos. Os novos medicamentos, já bastante melhorados em relação aos utilizados no início da epidemia, revelam seus efeitos no decorrer do tratamento, ou seja, somente em longo prazo é que se conhecem seus efeitos, na grande maioria das vezes através do relato das mulheres, pois são elas que os observam e relatam (MNCP, 2018).

Ressalta-se que esses agravos estão intrinsecamente ligados aos DSS e a vulnerabilidades das mulheres no contexto socioeconômico e cultural que interferem diretamente no acesso tanto à alimentação adequada, quanto à possibilidade de prática de exercícios que propicie reduzir os efeitos relacionados aos problemas cardiovasculares e de lipodistrofia, assim como à dificuldade de acesso aos serviços, exames e tratamentos adequados que possam auxiliar na redução dos efeitos provocados pelo vírus e os ARV. Estas são questões importantes em que o MNCP busca atuar, através de ações de advocacy e de incidência política, encaminhando suas demandas aos gestores públicos, defendendo que haja mais pesquisas no que se refere a estes agravos, com estudos de novos medicamentos que venham a minimizar tais efeitos, assim como a garantia de acesso aos exames específicos, como os de densitometria óssea, os de

dosagem hormonal, os exames neurológicos e cardiológicos, dentre outros (MNCP, 2018).

No que se refere aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das MVHA, nas Conferências Internacionais do Cairo e Beijing, foram amplamente discutidos e reafirmados esses direitos, como Direitos Humanos. Os direitos sexuais correspondem a toda e qualquer pessoa viver sua vida sexual e sua sexualidade com prazer e livre de imposições, discriminação, violência, sem risco de IST e/ou gravidez não planejada. Os direitos reprodutivos correspondem em poder decidir livre e responsavelmente, sobre o número, espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como ter acesso aos métodos contraceptivos, à informação e meios de assim o fazer, dispondo de atenção integral na gestação, parto e nascimento e gozando do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva.

O MNCP vem lutando pela implementação das políticas já pactuadas e ainda na elaboração de novas que contemplem as MVHA, visando maior resolutividade nas ações e práticas que garantam que essas mulheres vivam sua sexualidade livre e segura sem qualquer tipo de moralidade ou juízo de valor, acessando preservativos masculinos, femininos e gel, o acesso a métodos de contracepção e concepção (MNCP, 2018) Contudo, ainda é um grande desafio para as MVHA no direito a escolha de ter filhos, sem sofrer discriminação e acessando integralmente meios que possibilitem viver a gestação e maternidade de forma segura para si, para o parceiro e para o bebê. São inúmeras as violações desses direitos no cotidiano das MVHA, especialmente em serviços de saúde, onde existe o julgamento frequente, questionamentos e culpabilização quando estas mulheres engravidam.

Outro grande desafio se refere ao estigma e a discriminação pelo HIV/Aids. Segundo UNAIDS (c2019), o estigma relacionado ao HIV refere-se às crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas vivendo com o HIV, incluindo seus familiares e pessoas próximas, assim como outras populações marginalizadas que estão em maior risco de infecção pelo vírus. A discriminação refere-se ao tratamento desigual e injusto, tanto pela ação ou pela omissão deste, baseado no estado sorológico do indivíduo. Dessa forma, o estigma e a discriminação têm entre os seus principais obstáculos, a prevenção, o tratamento e o cuidado que impossibilitam indivíduos e comunidades de se protegerem do HIV ou de se manterem saudáveis, caso já estejam vivendo com o vírus (UNAIDS, c2019). O estigma e a discriminação têm uma relação direta nas violações dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos das

MVHA. Nesse sentido, o MNCP seguidamente realiza intervenções e denúncias para coibir estas violações.

Uma recente demonstração de estigma e desrespeito às mulheres, em especial às MVHA, foram as declarações do diretor de marketing do Corinthians, time de futebol do Brasil, que fez uma comparação polêmica para tentar explicar as dificuldades para vender os “naming rights” da Arena, em Itaquera. Numa entrevista ele afirma:

[...] o apelo da marca Corinthians é tão grande que temos quatro grandes grupos interessados em vir. É mais ou menos... Eles se sentem na situação de estar vendo a esposa perfeita, com dotes culinários, formada com MBA no exterior, uma mãe de filhos maravilhosos, mas parece que tem um teste de aids positivo. Como é que eu encaixo a camisinha é o grande desafio (AGENCIA DE NOTICIAS DA AIDS, 2019).

Para além de colocar em sua declaração atributos os quais as mulheres não se identificam, arremata sua fala desqualificando as mulheres vivendo com HIV/Aids como se elas fossem inferiores. Assim, tais declarações fomentam ainda mais estereótipos machistas e o estigma sobre as MVHA. O MNCP imediatamente se manifestou ampla e publicamente repudiando a matéria, o que resultou, além de um pedido de desculpas público, também o seu pedido de demissão do cargo (AGENCIA DE NOTICIAS DA AIDS, 2019). Este exemplo demonstra em primeiro lugar que o MNCP não tolera e coíbe este tipo de atitude. Em segundo lugar, a importância de outros movimentos de mulheres e de PVHA terem realizado concomitantemente notas de repúdio contra a matéria dando ênfase à denúncia e por fim, a importância da existência da Lei nº 12.984/2014 - que define o crime de discriminação de PVHA – inibindo legalmente esse tipo de atitude.

Outro acontecimento refere-se à Caderneta de Saúde da Criança, onde há o registro de informações sobre gravidez, parto e puerpério relativos as sorologias realizadas no pré-natal e as sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos à saúde. Tal registro expõe a sorologia da mãe, uma vez que a caderneta é solicitada nas creches e escolas que as crianças frequentam. A partir do alerta de uma MVHA, foi realizado um advocacy em conjunto com a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP), para a retirada dessa informação na caderneta, baseado também na Lei 12.984/2014. O Ministério da Saúde, através do ofício circular nº 9/2019/CGSCAM/DAPES/SAS/MS, de 27 de março de 2019, formalizou a exclusão da revelação da exposição da criança ao HIV e a sorologia da mãe.

Segundo o referido ofício não devem mais ser apontadas na Caderneta de Saúde da Criança, informações relacionadas ao CID 10 – Z 21 (HIV) nos tópicos pré-natal, parto e pós-parto, na página dos dados sobre gravidez, parto e puerpério, da edição 2019. Ainda orienta que essas informações sejam registradas apenas no prontuário clínico da mãe e da criança, nos serviços de saúde onde os mesmos foram atendidos. Este documento foi enviado às coordenações estaduais, municipais e distritais para cumprimento da determinação (BRASIL 2019).

Na medida em que chegam situações como estas e outras, o MNCP tem atuado através de denúncias, palestras, rodas de conversas, elaboração de documentos políticos e/ou publicações, em espaços de saúde, educação e assistência social, entre outros, reivindicando o desenvolvimento de estratégias para a diminuição do estigma, do racismo, lesbofobia, transfobias e outras formas de discriminação. O movimento também reivindica respeito aos Direitos Sexuais e Reprodutivos em sua integralidade, para além do sexo seguro, gravidez, maternidade e reprodução humana assistida. Ainda recomenda que a política de HIV/Aids realize suas ações de forma intersetorial, incorporando o que foi construído no Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras IST's, no que se refere as estratégias de incorporação das demandas junto às demais secretarias do Ministério da Saúde (MNCP, 2018).

Entendendo que a epidemia é multifatorial e se comporta no decorrer dos anos de uma forma dinâmica, constata-se que o enfrentamento no seu início, foi marcado por esforços que se voltavam para a redução da mortalidade através da busca de novas tecnologias, novos medicamentos, implantação dos serviços de referência, a qualificação da vigilância, dentre outras ações pertinentes. Com o passar dos anos outros desafios se apresentam, tanto no campo biomédico, como no campo político-social, necessitando de novas tecnologias e estratégias para o desenvolvimento de ações que reduzam as iniquidades existentes e, assim, o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids.

Neste sentido, o Ministério da Saúde adota atualmente como principal estratégia de Prevenção, a Prevenção Combinada do HIV. Apesar de reconhecer a relevância da mesma, na medida em que volta suas ações para populações historicamente fragilizadas, o MNCP tem realizado alguns questionamentos sobre os elementos contidos na referida estratégia. O primeiro deles é se o foco da estratégia de prevenção deveria estar nas populações (chave ou prioritárias) ou nas situações estruturantes, como as condições socioeconômicas e aquelas relacionadas ao estigma e discriminação. O segundo é

indagar se estas ações, de certa forma, não estão invisibilizando as mulheres. Para melhor explicar, cita-se como exemplo o fato de que entre as populações chave estão as profissionais do sexo. O MNCP acredita que o que envolve esta população em primeiro lugar é o fato de serem mulheres, seguido de fatores que intensificam sua vulnerabilidade, como os relacionados à restrição do acesso aos serviços de saúde, seja pelo estigma e discriminação, seja pelos horários de atendimento ou ainda pelo contexto de violências inerentes à profissão. Vale salientar que algumas dessas profissionais do sexo, que vivem com HIV/Aids, relatam ter contraído o vírus não em sua atividade profissional, mas em suas relações afetivas, assim como trazem diversas queixas relacionadas ao acesso nos serviços e a seus contextos socioeconômicos.

Nessa mesma lógica, no que se refere às pessoas que usam álcool e outras drogas, também descritas nas populações chave da estratégia da PC, as mulheres nesse contexto são as que estão mais vulneráveis ao vírus. O acesso aos serviços de saúde para as mulheres que fazem uso de álcool e outras drogas é restrito, tanto para as que não estão infectadas, quanto para as que já têm sorologia positiva para o HIV. Percebe-se que estas, também vivenciam inúmeras situações de vulnerabilidades, algumas muito ligadas ao fator de gênero, uma vez que muitas delas relatam que sua infecção se deu em decorrência da violência sexual a que estão submetidas pelo contexto da situação da violência e da rua, do que pela troca de sexo por drogas. Além disso, novamente nesses casos, são o estigma e a discriminação os fatores prevalentes que dificultam o acesso aos serviços de saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos quando, por exemplo, nas situações em que as violências elencadas resultam em gravidez. Nestes casos, as mulheres não conseguem acessar o direito ao aborto legal⁵, porque sequer é cogitada a possibilidade da gestação ter acontecido por sexo não consensual, invisibilizando e vulnerabilizando-as ainda mais.

Ainda na discussão sobre populações Chave e Prioritárias, na qual o MNCP tem atuado, é importante refletir sobre as vulnerabilidades a que as mulheres negras estão sujeitas. Segundo boletim epidemiológico de HIV/Aids de 2018, no período de 2007 a

⁵ O Código Penal de 1940, em seu artigo 128, estabelece duas situações em que o aborto praticado por médico não é punido: 1. Quando não há outra forma de salvar a vida da mulher; 2. Quando a gravidez é decorrente de estupro e há o consentimento da mulher, ou seu representante legal, para a realização do aborto (CÓDIGO PENAL, 2001). Mais recentemente, em abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que o aborto não deveria, também, ser penalizado nos casos de anencefalia. Quando previsto em lei, o abortamento constitui um direito da mulher e, por isso, fala-se em aborto legal. A rede pública de saúde deve oferecer atendimento e acolhimento às mulheres, cujas gravidezes se enquadrem nos três casos. (DIOS, 2016)

junho de 2018 os casos de infecção pelo HIV foram da ordem de 46,1% em brancos e 52,9% entre negros (11,4% pretos e 41,5% pardos). No mesmo período a infecção entre as mulheres brancas foi de 41,9% e entre as mulheres negras foi de 50,9% (10,3% pretas e 40,8% pardas).

Este mesmo Boletim aponta que no período de 2000 a 2018 foram notificadas 116.292 gestantes com HIV. A faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas. Em relação à escolaridade, observa-se que a maioria das gestantes infectadas com HIV possui da 5ª à 8ª série incompleta. De 2007 a 2018 teve um aumento de 21,7% no número de gestantes com HIV. Só no ano de 2017, foram notificadas 7.882 gestantes infectadas, destas, as infecções ocorreram em 36,3% em mulheres brancas e 62,5% em mulheres negras (14% pretas e 48,5% pardas).

Em relação a mortalidade, no período de 2017 a 2018 aumentaram 23,5% na população negra, sendo as mulheres negras com 61,1% dos óbitos comparado com os homens negros. Estes dados reforçam ainda mais as desigualdades no Brasil, interferindo diretamente nos agravos e mortalidade das mulheres negras. Nesse sentido a atuação do MNCP destaca a importância de ações no combate ao racismo e a outros aspectos estruturais, bem como intensificar a atenção a estas mulheres dentro das populações prioritárias da estratégia de PC (BRASIL, 2018).

Vale ressaltar que com relação à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), outro método importante de prevenção referido na Estratégia de PC e dirigido para a população chave de gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transexuais e profissionais do sexo (BRASIL, 2019). O MNCP vem defendendo o direito de acesso à referida profilaxia para todas as pessoas que dela necessitem, especialmente para as mulheres, que em diversas situações tem dificuldades de negociação do preservativo e/ou estão em algum contexto de violência. Esta ampliação da promoção da profilaxia para as mulheres é muito importante nessas situações, para impedir a infecção pelo vírus, assim como para a prevenção da transmissão vertical (TV). Esta última, também faz parte da referida estratégia e apesar de haver estratégias biomédicas eficazes, ainda é alta a incidência de TV, evidenciando que os fatores causais são as vulnerabilidades existentes ligados às dimensões estruturais.

Um acontecimento atual e polêmico no qual o MNCP está fortemente inserido é no advocacy e incidência política relacionado à compra dos preservativos femininos que também compõem a estratégia de PC do HIV. No ano de 2017, lideranças do MNCP e

segmentos feministas criaram o movimento chamado “Primavera Feminista” e iniciaram uma mobilização que resultou em uma série de ações. Uma delas foi a criação de um abaixo assinado que atingiu cerca de mil assinaturas contra a compra do preservativo de látex, devido ao fato de ser um produto alergênico e de baixa qualidade, em relação ao preservativo disponibilizado pelo Ministério da Saúde anteriormente. Defenderam bravamente que o insumo de material de borracha nitrílica, era o mais adequado para o uso das mulheres, por ser mais fino, com boa lubrificação e não alergênico, podendo ser colocado horas antes do uso. O Ministério da Saúde, na época, acolheu a reivindicação do movimento, porém, para a surpresa de todas, uma nova licitação foi realizada incluindo a compra o preservativo de látex, o que o MNCP considera mais um golpe para as mulheres (MOVIMENTO PRIMAVERA FEMINISTA, 2019).

Dessa forma, o MNCP retoma essa pauta com força, realizando uma campanha nas redes sociais chamada de #LatexNão. O preservativo feminino, o único insumo que beneficiava diretamente as mulheres e que não tem tanta visibilidade como o masculino, sofreu um grande retrocesso, quando da aquisição do insumo de material inferior como é o látex. Para agravar a situação, o atual governo realiza campanhas ineficientes, que se baseiam no medo. A atual campanha consiste em passar imagens sobre IST's, a qual as pessoas que as vêem, aparecem com o semblante de repulsa e pavor. Já foi amplamente debatido, que tais campanhas não surtem efeito. Para além dessa ineficiência, ainda só promove o uso do preservativo masculino, sequer é mostrando a opção do preservativo feminino, ou seja, torna-se ainda mais difícil a adesão das mulheres a este método.

Os outros métodos contidos na Estratégia de PC, como testagem para o HIV e tratar todas as pessoas, estão bastante conectados com as metas 90-90-90, assumidas pelo UNAIDS. No entanto, o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV em 2018, indica que ainda há problemas com o segundo 90 (tratar todas as pessoas). Isso significa que ações como acesso e retenção das PVHA aos serviços, assim como, ações para adesão ao tratamento, são ainda processos importantes a serem sanados (BRASIL, 2018), Em relação aos compromissos assumidos pelo Brasil com a Agenda 2030, há diversos retrocessos em suas metas. Estes dados são apontados no Relatório Luz, publicado anualmente pelo Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 (GTSCA2030), do qual o MNCP faz parte. Os apontamentos registram como as políticas públicas atuais estão na contramão do alcance dessas metas, incluindo o ODS 3 – Saúde e Bem Estar que trata também da redução do HIV/Aids e do ODS 5- que trata

da igualdade de gênero (GTSCA2030, 2019). Dessa forma, o MNCP reitera o reconhecimento da importância da estratégia de PC do HIV, porém realiza os questionamentos e denúncias quando necessário, entendendo que as ações da referida estratégia, devem estar focadas na redução das vulnerabilidades e no que se refere aos DSS.

Assim, as mulheres atuantes no MNCP participam do movimento de diversas maneiras. Algumas atuam nos grupos de convivência, seja em espaços físicos ou plataformas virtuais, enquanto outras atuam como lideranças em diversos espaços consultivos e deliberativos. Também realizam palestras, rodas de conversas, participam de campanhas, de projetos de pesquisa e extensão em universidades e realizam intervenções diversas, sempre com o objetivo de informar e propiciar reflexões, bem como, defender ativamente as demandas que as atingem.

Deste modo, podemos considerar que a atuação das mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA), organizadas no Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP) contribuem na resposta da epidemia a partir de suas atuações no enfrentamento do estigma e da discriminação, da violação dos direitos sexuais e reprodutivos das MVHA, na luta pela ampliação da PrEP, na fiscalização da qualidade dos preservativos femininos adquiridos pelo Ministério da Saúde, nas ações para a redução da transmissão vertical, das vulnerabilidades e das iniquidades geradas pela desigualdades de gênero, do racismo e pelos Determinantes Sociais em Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resposta à epidemia do HIV/Aids tem muitos desafios e complexidade, como os relacionados aos DSS, às vulnerabilidades existentes, ao enfrentamento do estigma, o preconceito e a discriminação. O contexto político-econômico-social brasileiro eleva estes desafios nos diversos retrocessos atualmente vivenciados. Segundo Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE (2018), a população pobre (aquela com ganho mensal até R\$ 406), passou de 52,8 milhões em 2016, para 54,8 milhões em 2017. O número de brasileiros em situação de extrema pobreza (aquela com ganho mensal até R\$ 140) passou de 13,5 milhões para 15,2 milhões de pessoas no mesmo período (IBGE, 2018). Outro dado trazido nesse mesmo índice aponta o aumento do desemprego, em especial das mulheres negras e pardas, dos trabalhadores jovens e dos que possuem menor escolaridade. Segundo o III Relatório Luz da Sociedade Civil da Agenda 2030 (GTSCA2030), a pobreza está interrelacionada às desigualdades de raça/cor, gênero, geração e regionalidade e ressalta também, que a renda é um dos indicadores de pobreza, mas não o único, devendo-se considerar também outros fatores, como a qualidade dos serviços públicos (GTSCA2030, 2019). Estes dados também refletem na epidemia de HIV/Aids, levando a considerar que esses determinantes devem ser fortemente enfrentados.

Dentre os grandes retrocessos atuais, cita-se a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congela os gastos públicos em 20 anos em áreas fundamentais, assim como, a flexibilização das Leis Trabalhistas e a Reforma da Previdência. O congelamento dos recursos nas áreas da saúde, da assistência e da educação, já repercute no aumento da mortalidade materno-infantil e do feminicídio. No campo da violência, para além dos feminicídios, aumentam os casos de violência sexual, que afetam negativamente tanto a saúde mental, quanto física, com propensão ao aumento das IST's e HIV/Aids, comprometendo a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. No que se refere à Reforma da Previdência, mesmo que haja diferenças nos tempos de aposentadoria entre homens e mulheres, não são levadas em conta, a dupla jornada e as diferenças salariais. As flexibilizações trabalhistas, como a retirada de insalubridade das gestantes, por exemplo, levam a mulher a se submeter a trabalhos que geram risco e adoecimento para si e seu bebê ou mesmo ao desemprego desta mulher, impactando drasticamente sua vida e saúde.

No cenário brasileiro atual temos acompanhado o aumento de posições conservadoras e fundamentalistas, onde escutamos declarações assustadoras e retrógradas bombardeadas pela grande mídia. Em entrevista para o jornal O Globo, o atual Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, dias antes de assumir o cargo, declara: “Conversas sobre sexualidade, como aquelas envolvendo métodos de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, devem ser abordadas pelas famílias, e não pelo governo”. Quando perguntado sobre as campanhas em escolas e unidades de saúde arremata; “sexualidade é questão para tratar dentro de casa” (CISCATI, 2018a). Tais manifestações, principalmente quando vindas de um agente público, além de nefastas, ignoram as estatísticas brasileiras relacionadas ao tema.

Segundo Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019), no ano de 2018, foi registrado 66.041 casos de violência sexual. Desses, 81,8% em pessoas do sexo feminino, 8% com idade até 13 anos. Os dados apontam que são 180 estupros/dia, sendo que destes, quatro estupros/dia são de crianças. Em praticamente de 80% dos casos, as vítimas conhecem o agressor e a maioria dos casos de estupro ocorre dentro do ambiente familiar. (BRASIL, 2019). Nesse sentido, ações conservadoras que retiram a discussão sobre sexualidade nas escolas e nos serviços de saúde, colocam em risco vidas, em especial as das meninas e mulheres, estimando-se um aumento exponencial na violência sexual e na vulnerabilidade para a infecção do HIV/Aids.

Outras declarações como: “Não podemos responsabilizar o Estado pelos cuidados médicos do HIV [] o pessoal vive numa vida mundana e depois vem querer cobrar do poder público um tratamento que é caro” Jair Bolsonaro (CISCATI, 2018b). Estas, entre tantas outras declarações publicizadas diariamente nas mídias televisivas e redes sociais, são manifestações machistas, sexistas, homofóbicas e preconceituosas, que legitimam ainda mais a violência, ferindo fortemente os direitos humanos fundamentais, suscitando o ódio, a homofobia e todas as formas de discriminação, desconstruindo os princípios que fundamentaram a política de HIV/Aids no país no início da epidemia.

Este cenário de retirada de direitos, através de reformas e de posicionamentos conservadores e fundamentalistas, refletem diretamente nos direitos ligados às PVHA. É o caso de um programa de “desaposentadoria” criado em 2016 pelo governo federal, visando identificar fraudes e aliviar as contas da Previdência. Este programa realizou o chamamento de todas as pessoas aposentadas por HIV, pelo INSS e resultou em uma “desaposentação” em massa. Ressalta-se que as aposentadorias por invalidez haviam

sido concedidas àquelas PVHA que estavam com a saúde muito comprometida, em uma época em que ainda não havia tratamento e, mesmo nos casos em que o benefício foi concedido após o fornecimento dos ARV, a concessão se deu em decorrência de agravos provocados pelos efeitos do vírus e dos ARV ao longo dos anos. A maior parte das pessoas desaposentadas se encontra fora do mercado de trabalho a mais de 20 anos, além de muitas delas terem mais de 50 anos. Apesar da existência de norma prevista na Lei nº 8213/91, na qual em seu Artº 89 prevê a obrigatoriedade do INSS em reabilitar essas pessoas para a reinserção profissional e social (BRASIL,1991), tais normas foram ignoradas. Em um cenário de desemprego e pobreza enfrentados no país, estas pessoas foram submetidas de maneira perversa a danos imensuráveis e irreparáveis.

Outros retrocessos também ecoam no cenário atual, como o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que estabelece nova estrutura regimental e organizacional para o MS. Nele destaca-se a alteração do nome do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais (DIAHV) que passa a se chamar Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) (BRASIL, 2019). Para o MNCP, tal mudança não significa somente uma mudança de nomenclatura, mas demonstra negação deste governo para com a epidemia do HIV/Aids e as questões a elas relacionadas. Em nota para a Agência de Notícias da Aids (2019), o MNCP se posiciona no sentido de que:

[...] o governo está, indiretamente, invisibilizando as especificidades de diversas populações que se encontram em situações de maior vulnerabilidade em função do descaso do setor público e da ausência de políticas públicas inclusivas, resolutivas e humanizadas que promovam a saúde dessas populações, e que tratem de suas enfermidades e comorbidades. A invisibilidade não para por aí (AGENCIA DE NOTICIAS DA AIDS, 2019).

Para o MNCP esta é uma estratégia previamente pensada com intuito de calar as vozes de populações marginalizadas e em maior vulnerabilidade, que ameaçam a hegemonia do padrão predominante no país, de classe social, gênero e classe econômica. Assim, essas questões elencadas, são consideradas políticas de silenciamento e de morte, se opõe a todos os esforços até então realizados para a consolidação da Política de HIV/Aids no país. Além disso, também está na contramão do alcance das metas 90-90-90- assumidas pelo UNAIDS e dos ODS 3 e 5 (e todos os interrelacionados) da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável, por meio das quais se pretende pôr fim à Aids até 2030, compromisso assumido pelo governo brasileiro. Nesse sentido, o MNCP, assim como os diferentes movimentos sociais, vem resistindo e lutando bravamente.

Para além de todos os desafios já elencados, o MNCP também se depara com dificuldades referentes à sua estrutura organizacional e de representatividade. Sabe-se que as desigualdades de gênero e os fatores econômicos e sociais também interferem na militância política dos movimentos de mulheres e é por isso que, apesar de haver muitas mulheres vivendo com HIV/Aids, ainda são poucas dentro do MNCP e esse número reduz ainda mais quando se contabiliza as que estão na linha de frente do movimento. A militância significa uma tripla jornada de trabalho, dentre outras implicações inerentes ao fato de ser mulher, fator pelo qual entendemos que há desigualdades de gênero históricas que não estão dissociadas das lutas políticas.

Esta pesquisa consistiu em apresentar a atual conjuntura do país e como esta interfere na epidemia do HIV/Aids, enfatizando as vulnerabilidades e especificidades das mulheres com HIV/Aids e como elas, organizadas no Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas atuam no enfrentamento da epidemia no Brasil. Cada ponto deste trabalho pode e deve, certamente, ser aprofundado em outras pesquisas e projetos, visto os elementos multifatoriais que envolvem a temática. Depreende-se que é necessário ressignificar a atuação do Movimento de forma a resgatar a construção de agendas afirmativas calcadas nos direitos humanos, que foi o alicerce na construção da Política de HIV/Aids no país. Assim, é de suma importância o MNCP dar continuidade ao diálogo, esforços e agendas conjuntas com outros movimentos de mulheres e os movimentos de luta contra a Aids. Resistência e Coragem para transcender este momento político-econômico-social, de silenciamento e perdas de direitos adquiridos, são as palavras do momento.

REFERÊNCIAS

AGENCIA DE NOTICIAS DA AIDS. **Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas se posiciona contrário a mudança no nome do Departamento de Aids**. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/noticia/movimento-nacional-das-cidadas-posithivas-se-posiciona-contrario-a-mudanca-no-nome-do-departamento-de-aids/>. Acesso em: 28 out. 2019.

AGENCIA DE NOTICIAS DA AIDS. **Movimento Social Repudia declaração polêmica de dirigente do Corinthians sobre mulheres com HIV/Aids**. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://agenciaaids.com.br/noticia/movimento-social-repudiadeclaracao-polemica-de-dirigente-do-corinthians-sobre-mulheres-com-aids-rosenberg-pede-desculpas/>. Acesso em: 25 set. 2019.

AYRES J.R.C.M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: CAMPOS *et al.* (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. p. 420-422.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS C.M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.

BATISTELLA, Carlos. **Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde**. [S.l.: s.n.], 2007.

BRASIL. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde []. Brasília: Casa Civil, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 28 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.984 de 2 de junho de 2014** . Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Brasília: Casa Civil, 2014. Disponível: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...].Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 28 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS[...].Brasília: Casa

Civil, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm. Acesso em: 30 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids / HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção**. Brasília: MS, c2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>. Acesso em: 24 jun.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV Aids 2018**. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Criação do Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Brasília: MS, [2019?]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/o-departamento/o-que-fazemos>. Acesso em: 22 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Historia da Aids no Brasil**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/15021/A%20hist%C3%B3ria%20da%20AIDS%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ofício Circ. nº9/2019/CGSCAM/DAPES/SAS/MS**. Retirada das informações relacionadas ao CID 10 – Z 21 (HIV) nos tópicos pré-natal e parto/pós-parto, na página dos dados sobre gravidez, parto e puerpério [...]. Brasília: MS, 2019. Disponível em: http://www.rnpvha.org.br/wp-content/uploads/2019/09/SEI_MS-8548458-Ofi%CC%81cio-Circular_Alterac%CC%A7a%CC%83o-Caderneta-Sau%CC%81de-da-Crianc%CC%A7a.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização dos Serviços**. Brasília: MS, [2019?]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/organizacao-dos-servicos>. Acesso em: 24 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/nadiaecb/plano-feminizacao-verso-revisada-2011>. Acesso em: 22 jun.2019. p. 1-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 28 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SAS/SVS nº 01, de 20 de janeiro de 2009**. O Tratamento Reparador da Lipodistrofia está dividido em duas classificações [] (a) tratamento reparador da lipodistrofia [] e (b) tratamento reparador da lipoatrofia facial []. Brasília: MS, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/poc0001_20_01_2009.html. Acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do HIV – Bases Conceituais para profissionais, trabalhadores e gestores da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília: MS, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao->

[combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores](#). Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Monitoramento Clínico do HIV**. Brasília: MS, 2018. Disponível <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018>. Acesso em: 02 ago 2019.

BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

CABRAL, C.; KNAUT, D. **Conhecimento Epidemiológico na Temática de Gênero e Saúde no Brasil**. [S.l.: s.n., 2017?]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/09/GT_genero_saude.pdf. Acesso em: 20 out.2019.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CISCATI, R. Desafio para novo governo, políticas de combate ao HIV preocupam especialistas. **Revista O Globo**. São Paulo: 2018a. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/desafio-para-novo-governo-politicas-de-combate-ao-hiv-preocupam-especialistas-23258763>. Acesso em: 29 set. 2019.

CISCATI, R. Os conservadores e o HIV. **Revista Época**. São Paulo: 2018b. Disponível em: <https://epoca.globo.com/rafael-ciscati/os-conservadores-o-hiv-3263620>. Acesso em: 29 set. 2019.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

DIANA, D. **O ensaio como Gênero Textual**. Toda a Matéria. [S.l.: s.n], 2018. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/o-ensaio-como-genero-textual/>. Acesso em: 21 out. 2019.

ENGENDERHEALTH; UNFPA. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva das Mulheres Adultas, Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e Aids**. Nova York: EngenderHealth; Brasília, DF: Unfpa, 2008. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2019.

ESCRITA ACADEMICA. **O Ensaio**. [S.l.: s.n], c2019. Disponível em: <http://www.escritaacademica.com/topicos/generos-academicos/o-ensaio/> Acesso em: 21 out. 2019.

FIOCRUZ. **SUS no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, [S.l.: s.n.,2019?]. Disponível em:<https://pensesus.fiocruz.br/>. Acesso em: 22 jun. 2019.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf. Acesso em; 31 out 2019.

GIL, A.C **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GRANGEIRO A; SILVA, L.; TEIXEIRA P.R. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Publica**. [S.l.], v.26, n.1, p.87–94, 2009. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29\(4\)115.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29(4)115.pdf). Acesso em: 21 jul. 2019.
- GTSCA2030. **III Relatório Luz da Sociedade Civil da Agenda 2030**. [S.l.: s.n.], 2019. Disponível em: <https://gtagenda2030.org.br/relatorio-luz/relatorio-luz-2019/>. Acesso em: 15 de nov. de 2019.
- IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais** :uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. p. 1- 154. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=downloads>. Acesso em: 21 out. 2019.
- INSTITUTO PATRICIA GALVÃO. **Mulheres com HIV/Aids**. São Paulo, p. 1-37, 2003. Disponível em: <http://www.giv.org.br/Publica%C3%A7%C3%B5es/Dossie-Mulheres-com-HIV-AIDS.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.
- IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf. Acesso em: 21 out. de 2019.
- MELLO *et al.* #NosOtras – Oficinas de prevenção combinada ao HIV/Aids na região do Partenon/Lomba do Pinheiro em Porto Alegre. **Revista Eletrônica Científica da URGs**. Porto Alegre: 2019. v. 5, n. especial, p. 182-190. Disponível em: <http://revista.uergs.edu.br/index.php/revuergs/article/view/2107>. Acesso em: 21 out. 2019.
- MINAYO, M. C.S. **Pesquisa Social**. 25. ed. Petropolis: Vozes, 2009. p.1-108.
- MNCP. **Carta de Princípios**. [S.l.]: MNCP, 2005. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_principios_movimento_cidadas.pdf . Acesso em: 22 jun. 2019.
- MNCP. **Guia de Advocacy para Lideranças**. 2. ed. Porto Alegre, 2018, p.1 – 67. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Guia-de-advocacy-do-MNCP-1.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- MNCP; BRASIL. Ministerio da Saúde. **Flores Vermelhas**. 2 ed. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Flores_Vermelhas.pdf. Acesso em: 18 mai. 2019.
- MOVIMENTO PRIMAVERA FEMINISTA. #LatexNão. [S.l.], 2019. Facebook: movimentoprimverafeminista.br Disponível em: https://www.facebook.com/pg/movimentoprimverafeminista/about/?ref=page_internal. Acesso em: 20 out. 2019.
- ONU. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. [S.l.:s.n., 2019?]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/#>. Acesso 12 nov. 2019.

PELLEGRINI, FILHO. **Intervenções individuais vs. intervenções populacionais**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/intervencoes-individuais-vs-intervencoes-populacionais/>. Acesso em: 05 mai. 2019.

PEREIRA, V. P. A Escrita acadêmica: do excessivo ao razoável. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro:2013. v. 18 n. 52. p. 213-2019, . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782013000100013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 ago.2019.

PIO, A. **Brasileiros estudam danos do HIV no sistema nervoso**. 11 maio 2013. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/tecnologia/2013/05/11/interna_tecnologia,386073/brasilianos-estudam-danos-do-hiv-ao-sistema-nervoso.shtml. Acesso em: 02 mai. 2019.

PRIMEIRA geração com HIV enfrenta envelhecimento precoce. **VEJA**. São Paulo, 26 maio 2013. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/primeira-geracao-com-hiv-enfrenta-envelhecimento-precoce/>. Acesso em: 20 mar. 2019.

ROCHA, S.; VIEIRA, A.; LYRA, J. Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. **Revista Brasileira de Ciências Políticas**. [online]. Brasília: 2013, n.11, p.119-141. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522013000200005>. Acesso em: 21 out. 2019.

SOUTO, K.M.B. *et al.* **Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?** Rio Janeiro: v. 40, n. especial, p. 49-62, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0049.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

UNAIDS. **90-90-90: Uma Meta Ambiciosa para Contribuir para o Fim da Epidemia de Aids**. Brasília, [2019?]. disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em: 15 nov. de 2019.

UNAIDS. **Estigma e Discriminação**. Brasília, c2019). Disponível em: <https://unaid.org.br/estigma-e-discriminacao/>. Acesso em: 15 out. 2019.

UNAIDS. **Indetectável=Intransmissível**. Brasília, 2018. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Indetect%C3%A1vel-intransmiss%C3%ADvel_pt.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

UNAIDS. **Você sabe o que é HIV e o que é AIDS?** Brasília, [2019?]. Disponível em: <https://unaid.org.br/2017/03/voce-sabe-o-que-e-hiv-e-o-que-e-aids/>. Acesso em: 10 ago.2019.

VIVA CAZUZA. **Direitos das Pessoas com HIV: Sigilo da sorologia e acesso a tratamento estão entre garantias a quem vive com o vírus**. Rio de Janeiro, [s.n], 2019. Disponível em: <http://vivacazuza.org.br/blog/direitos-da-pessoa-com-hiv-sigilo-da-sorologia-e-acesso-a-tratamento-estao-entre-garantias-a-quem-vive-com-o-virus>. Acesso em: 21 ago. 2019.

ZANELLO V.; PORTO M. Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia. In: DIOS V.C. (Org). **Da clínica da assistência à clínica da perícia: sobre os serviços de aborto legal no Brasil**. 1. ed. Brasília: 2016. p.81-82. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP_Livro_Aborto-2.pdf. Acesso em 25 set. 2019.