MNCP

Movimento Nacional de Cidadãs Positivas

Guia de Advocacy para Lideranças

2ª EDIÇÃO

2018

E X P E D I E N T E

Realização

Movimento Nacional das Cidadãs Positivas – MNCP

Parceria

Associação de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS do RS - APVHA/RS

Coordenação Geral

Silvia Aloia

Produção Textual

Silvia Aloia, Heliana Moura, Katia Souto, Michely Ribeiro, Evalcilene Santos, Jacqueline Côrtes, Fabiana Mesquita, Vitoria Bernardes, Ethel Ribas

Cooperação

UNESCO e UNAIDS

Diagramação e Copydesk

Força Tarefa Jovens Lideranças – GT de Comunicação

Fabiana Mesquita

Impressão

Gráfica Ucha

Revisão Final

Silvia Aloia, Heliana Moura, Fabiana Mesquita

Porto Alegre, setembro/2018

SUMÁRIO

I – Instituições 4

II – Introdução 6

III - Sistema Único de Saúde- SUS 8

IV - 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres..... 10

V- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM)..... 13

VI - Saúde Sexual e Direitos Reprodutivos 14

VII - Violência Contra as Mulheres..... 16

VIII - Criminalização da Transmissão do HIV/AIDS - Por que não? 19

IX – Estigma, Preconceito e Discriminação..... 21

X - Racismo 23

XI - Identidade de Gênero e Orientação Sexual e Afetiva..... 26

XII - Mulheres Trans, Vulnerabilidades e HIV/Aids..... 28

XIII - Juventude e HIV..... 31

XIV - Mulheres com deficiência: intersecção entre Gênero, Violência e HIV..... 34

XV - Redução de danos e sua interface na saúde das mulheres..... 37

XVI - Efeitos adversos dos Antirretrovirais - ARV's e seus impactos nos corpos femininos..... 39

XVII - Prevenção Combinada do HIV..... 41

XVIII- IST…… 43

XIX - Documento Político do MNCP..... 45

XX - Contato do MNCP..... 50

XXI - Referências 51

I - Instituições

O MNCP

Em 1999, inspiradas nos resultados de uma oficina de mulheres latino americanas vivendo com HIV/AIDS, realizada na Colômbia, mulheres brasileiras decidiram replicar alguns conteúdos e criar um projeto no Brasil, denominado: “Cidadãs Posithivas”, como resultado deste projeto, foi formalizado em 2004, o Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP.

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”*** e como princípio, a busca do fortalecimento das mulheres vivendo com HIV, através do estabelecimento de estratégias de atuação que as levem à aceitação da sua condição sorológica para o HIV, retomando seu espaço social e exercendo plenamente a sua cidadania, combatendo o isolamento e a inércia, promovendo a troca de informações e experiências, melhorando sua qualidade de vida.

É ainda, princípio do MNCP, o trabalho de prevenção à infecção pelo HIV das mulheres não-infectadas deste País, buscando o controle da epidemia no Brasil que ao longo dos anos foi mudando, tendo a necessidade de acompanhar, fortalecer as Mulheres Vivendo com HIV/AIDS (MVHA) para incidir nas políticas públicas na garantia da saúde integral e norteia-se em relatos de experiências nos encontros de MVHA (municipais, estaduais, regionais e nacionais); atividades e reuniões; relatórios de Conferencias Nacionais de Políticas para as Mulheres (2007, 2014), Conferencias internacionais como a de Cairo (1994) e Beijing (1995); Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização das IST , dentre outros.

APVHA/RS

A Associação de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS do RS – APVHA/RS, é uma organização sem fins lucrativos que visa o fortalecimento das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) pertencentes às Redes e Movimentos não institucionalizados como a RNP+ - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, o MNCP – Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas e a RNAJVHA – Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/AIDS.

Tem a missão de ***"Promover o fortalecimento das Pessoas organizadas nas Redes e Movimentos de pessoas vivendo com HIV/AIDS"*** e como princípio, a promoção de direitos à assistência integral das PVHA, através da representação desse público perante as instâncias de controle social e na sociedade em geral, promovendo atividades para reflexões e fomentando a participação e envolvimento ativo das PVHA pertencentes aos movimentos supracitados**.**

II - Introdução

A elaboração de um material dirigido para as lideranças do MNCP, surgiu inicialmente, em atividade de planejamento estratégico do movimento, realizado em 2015 e facilitado pelo UNFPA. Denominamos como: “Guia de Advocacy para Lideranças do MNCP”, e concretizou-se a 1ª edição em fevereiro de 2017 e atualmente, com o apoio de UNESCO e UNAIDS, estamos lançando a 2ª edição em com novos capítulos e atualizações importantes.

Compreendendo que, para além de sermos mulheres (cis e trans) vivendo com HIV/Aids, somos jovens, adultas e idosas; lésbicas, hetero e bissexuais; negras, não negras e indígenas; com deficiência; usuárias de álcool e outras drogas; trabalhadoras do campo, águas e florestas; ciganas; quilombolas; pescadoras; extrativistas; de favelas; em situação de rua; trabalhadoras rurais, trabalhadoras do sexo e outras, temos maior suscetibilidade para o adoecimento.

Por isso, faz-se necessário dialogar com outros atores, governamentais, sistema ONU, movimentos de mulheres, e diversos outros segmentos que atuam nessa área temática, em que a epidemia da Aids é transversal, propiciando troca de saberes significativas, fundamental para a intra e intersetoralidade das ações, em vistas ao exercício de uma vida plena, autônoma, produtiva e equânime.

Pretendemos que este guia, subsidie as lideranças do MNCP em suas ações de advocacy nos espaços de tomada de decisão e controle social a qual transitam, assim como a parceiros, gestores e sociedade em geral, nos temas atuais e demandas emergentes que temos, em vistas à saúde Integral das Mulheres Vivendo com HIV/Aids.

Para isso, se apropriar dos conceitos de advocacy e incidência política, se faz necessário para a qualidade de sua atuação.

Advocacy:
Significa defender uma demanda/necessidade em espaços decisórios

Incidência Política:
Significa incidir efetivamente sobre as mudanças defendidas nos espaços decisórios

III - Sistema Único de Saúde- SUS

O SUS é regulado pela Lei Nº 8080/90, instituído pela Constituição Brasileira, em seu artigo 196º como forma de efetivar a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Resultado de luta da população brasileira, por saúde, direitos, democracia e igualdade, ele define como se dá o atendimento a todos, com direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União (Governo Federal) dos Estados e dos Municípios (art. 195º da Constituição Federal).

Os centros e postos de saúde, os hospitais públicos (incluindo os universitários), vigilância epidemiológica, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de vigilância sanitária, vigilância ambiental, assim como de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e cientifica, fazem parte do SUS.

O SUS é regido pelos princípios:

Da Universalidade: significa o reconhecimento e garantia do Estado Brasileiro ao acesso à serviços de saúde para todas as pessoas.

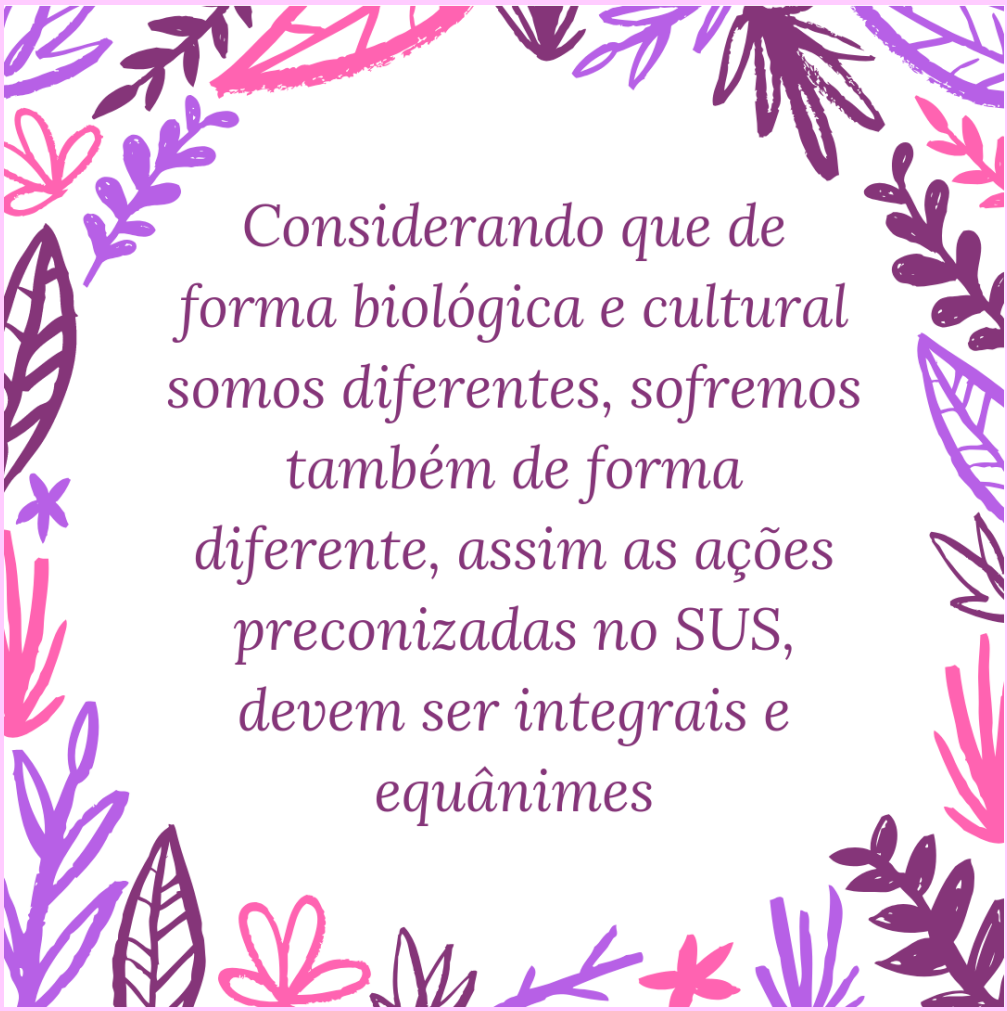
Da Integralidade: significa disponibilizar atendimento e ações com olhar no ser humano, de forma integral e não parcial, promovendo a saúde, a prevenção de riscos e agravos, a assistência e recuperação aos enfermos.

Da Equidade: significa desenvolver ações para as necessidades especificas da população, levando em consideração as diferenças e as especificidades.

Ainda, dentre as suas diretrizes, destacam-se:

Participação e Controle social: define o direito da população em conhecer o que é realizado, propor, avaliar e monitorar a qualidade das ações desenvolvidas. Esta participação, garantida pela Lei (8142/90), se dá através dos conselhos e conferências de saúde, assim como de outros espaços de tomadas de decisão e ativismo social.

Nós mulheres, somos a maioria da população brasileira e usuárias do SUS, e a especificidade de viver com HIV/AIDS geram demandas de ações dirigidas e afirmativas que também devem levar em conta fatores como raça/cor; etnia; cultura; situação de pobreza; orientação sexual; gênero; idade, que potencializam ainda mais as desigualdades vividas.



IV - 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres

Com o tema “Saúde das Mulheres: desafios para a integralidade com equidade”, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) realizou a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ªCNSMu) entre os dias 17 e 20 de agosto de 2016, em Brasília, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães.

Participaram 1.800 pessoas, entre representantes da sociedade civil, trabalhadores, usuário do SUS e gestores. Destes, 1.261 delegadas representavam todos os estados da federação.

A conferência contou com a mobilização e o engajamento de mulheres dos conselhos estaduais de saúde, de direitos das mulheres e dos movimentos sociais com a agenda de resistência e lutas contra qualquer retrocesso, pela igualdade de gênero, pela vida e pela saúde das mulheres, que foram consolidadas num Relatório Nacional, que avaliam os avanços e apontam os desafios de propor mudanças para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

Foram aprovadas ao final cerca de 300 propostas, que ampliam o olhar sobre a pluralidade e diversidade das mulheres, incluindo as mulheres transexuais e travestis, dando maior visibilidade às mulheres indígenas e quilombolas, mulheres de matriz africana, de terreiros, ciganas, mulheres com deficiência, mulheres em situação de rua, ambulantes, escalpeladas, profissionais do sexo, mulheres vivendo com HIV/Aids e Hepatites Virais, meninas e adolescentes, mulheres lésbicas e bissexuais, mulheres privadas de liberdade. Subiram ao palco da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, mulheres de todos os credos e cores embaladas pelo canto de luta e de democracia!

A 2ªCNSMu, aconteceu após três décadas da primeira edição, e reafirmou a luta contra qualquer retrocesso, pelos direitos e pela democracia. Consagrou-se um **marco na saúde das mulheres brasileiras,** entre as propostas aprovadas podemos destacar os seguintes pontos:

- **Reafirmou-se a defesa de um Estado democrático e laico** e das conquistas ao longo desses 30 anos**, a defesa da Carta Magna e do SUS.**
- **Reafirmou-se que as mulheres são as maiores vítimas das reformas trabalhista e previdenciária**, onerando sobre as mesmas as consequências nefastas da retirada de direitos, numa sociedade ainda de desigualdade de gênero, raça/etnia e classe social, e que as mulheres negras que vivem no campo, floresta e águas são as mais atingidas, impactando diretamente suas vidas e sua saúde.
- **Reafirmou-se** a importância da **educação permanente no SUS para os profissionais de saúde, que não discrimine e nem violente as mulheres,** acolhendo-as em suas diversidades de gênero, raça/etnia, orientação sexual, geração, e vulnerabilidades sociais, e que desde os serviços de atenção às mulheres em situação de violência até o **atendimento na gestação e parto, não sofram violência obstétrica** e nem violação de direitos, **garantindo a descriminalização do aborto.** Esse tema, muitas vezes, fruto de debates acalorados, é um problema de saúde pública e precisa ser enfrentado como tal, com respeito e acolhimento a todas as mulheres que chegam aos serviços de saúde da rede SUS, sem julgamento e sem criminaliza-las, garantindo o direito à vida e à saúde das mulheres.
- **Reafirmou-se que a Revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres** precisa expressar a diversidade das mulheres presentes na conferência e na sociedade, a dimensão plural dessas mulheres e de suas vulnerabilidades exigindo que a Política agregue em sua nova redação essa diversidade e amplie sua abrangência reconhecendo-as e definindo estratégias e ações especificas.
- Por fim, destacou-se **a importância da participação das mulheres na elaboração, na implementação e no monitoramento das políticas públicas** e em especial, na saúde. O protagonismo dos movimentos de mulheres é uma marca dessa caminhada e que ainda não está expressa na mesma dimensão da organização do controle social no SUS. Aprovou-se a realização das Conferências de Saúde das Mulheres a cada quatro anos para que não seja iniciativa de uma gestão do CNS, mas um compromisso do controle social do SUS como um todo.

Vale destacar que toda a mobilização das etapas, desde as municipais, macrorregionais, estaduais até a nacional, teve a **marca das conferências livres** que mobilizaram as mulheres a partir dos seus lugares de sujeitos políticos, a partir de sua vivência, suas dificuldades e potencialidades de saúde, trazendo a voz e garra da ousadia dessas mulheres que não se vergam e nem se calam diante das injustiças e que querem participar com direito a voz mas também com direito a voz.

A Conferência Nacional foi palco dessa **diversidade de militância**, das que vem da caminhada do feminismo, das que vem da trajetória sindical, do movimento comunitário, dos movimentos sociais de rua, de jovens, de idosas, de deficiência, do adoecimento, de organizações sociais plurais, e essa troca permitiu um outro olhar sobre como caminhar, **agregou conhecimento, experiência, afeto e construção coletiva.**

Cabe agora ao Conselho Nacional de Saúde, aos conselhos estaduais e municipais, acolherem essas mulheres, não apenas instituindo as Comissões Intersetoriais de Saúde das Mulheres, mas acolhe-las em seus espaços colegiados, reconhecendo nossa luta e nossa representatividade, ampliando nossa participação e nosso lugar.

Cada uma de nós do MNCP, devemos acompanhar e monitorar a revisão da Política e a implementação das resoluções aprovadas na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.

V - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM foi elaborada a partir de dados epidemiológicos da situação da saúde da mulher no Brasil e pensado em diretrizes que norteiem as políticas de saúde da mulher, tendo como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher – PAISM, respeitando os direitos humanos e a situação social e econômica das mulheres.

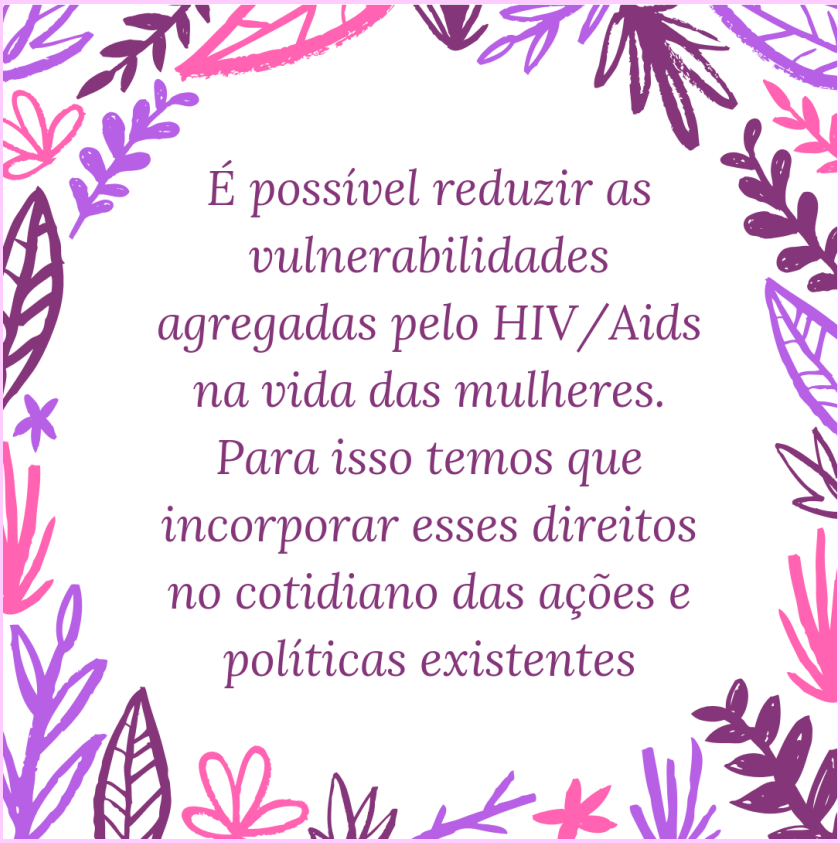
O processo de elaboração foi coordenado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres em conjunto com outros atores, ressaltando a participação dos movimentos de mulheres, sendo responsabilidade pela execução, o Ministério da Saúde.

As discussões nos Planos de Enfrentamento à Feminização das IST/HIV e Aids, foram incorporados às ações das Secretarias de Saúde e devemos estar atentas, para que as demandas elencadas no referido plano, sejam incorporadas no PNAISM, assim como as propostas da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.

VI - Saúde Sexual e Direitos Reprodutivos

Direitos Sexuais correspondem à garantia que toda e qualquer pessoa possa viver sua vida sexual e sua sexualidade com prazer e livre de imposições, discriminação, violência, sem risco de IST ou gravidez não planejada.

Direitos Reprodutivos compreendem o direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos/as e de ter a informação e os meios de assim o fazer, tendo acesso tanto a métodos contraceptivos, quando a atenção integral na gestação, parto e nascimento, gozando do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva.



O MNCP, entendendo a importância de assegurar esses direitos a todas as mulheres vivendo com HIV/AIDS (MVHA), através do acesso à informação de forma correta, com linguagem acessível e adequada as diversidade e necessidades, acesso aos serviços, insumos e tecnologias e vem lutando pela implementação das políticas já pactuadas e ainda a elaboração de novas que contemplem as necessidades das MVHA, visando a resolutividade das ações e práticas, como:

- Direito a uma sexualidade livre e segura, sem qualquer tipo de moralidade e juízo de valores;
- Direito ao acesso de insumos, como preservativos feminino e masculino, gel e outras barreiras de proteção;
- Eliminação do preconceito, quanto ao direito das mulheres vivendo com HIV/AIDS de terem filhas/os, incluindo a reprodução assistida;
- Acesso a insumos de concepção e contracepção;
- Atenção integral em todos os ciclos de vida das mulheres;
- Acesso as estratégicas de prevenção combinada.
- É importante a autonomia para se decidir sobre a reprodução com informações e uma rede de apoio, para dessa forma poderem ter escolhas mais seguras e os riscos reduzidos.

VII - Violência contra as Mulheres

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2018, no ano de 2017 foram 221.238 registros de violência doméstica, sendo que o número de mulheres assassinadas aumentou 6,1% em comparação a 2016.

Esses números são ainda maiores, já que o Distrito Federal, Espírito Santo, Tocantins, Mato Grosso e Roraima não informaram seus dados e, além disso, em decorrência da estrutura misógina/patriarcal, os números de violência contra a mulher permanecem subnotificados e é essa precariedade dos dados que são obstáculos para avançar no seu enfrentamento.

O mesmo Anuário em 2015, apontou que o Brasil registrou 1 estupro a cada 11 minutos em 2015. As estimativas variam, mas em geral calcula-se que estes sejam apenas 10% do total dos casos que realmente acontecem. Ou seja, o Brasil pode ter a medieval taxa de quase meio milhão de estupros a cada ano e cerca de 70% das vítimas de estupro são crianças e adolescentes, que conforme dados da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo e o IPEA, os autores desses crimes na sua grande maioria são homens próximos às vítimas e somente 15,7% dos acusados por estupro foram presos.

A violência contra as mulheres é um dos fatores de vulnerabilidade para a infecção do HIV/AIDS, e acontece também após a infecção. As mais frequentes violências sofridas pelas mulheres são:

Física: Empurrões, socos, chutes, tentativas de homicídio e todas as que atentam ao nosso corpo físico;

Psicológica: ameaças, humilhações, impedimentos a trabalhos, estudo, lazer, impedimento de contato de familiares e amigos;

Sexual: desde toques e carícias indesejadas até as relações sexuais não consentidas;

Moral: em condutas de calúnia, difamação e injúria;

Patrimonial: Condutas que nos tire direitos econômicos, de trabalho e emprego e de acesso a bens patrimoniais;

Institucional: Tudo que impede ao acesso nos serviços públicos, relacionadas, principalmente, ao estigma e preconceito da sociedade, das instituições públicas e/ou privadas.

Sabemos que muitas de nós MVHA, ou se infectou por conta de algum tipo dessas violências ou as vive após a sorologia positiva, as violências **psicológicas** e **institucionais**, são as mais frequentes, quando ficamos impedidas de termos uma vida plena, quando nos é negado de alguma forma, mesmo veladas, o acesso aos nossos direitos sexuais e direitos reprodutivos, e aos serviços de saúde. Quando chegamos, por exemplo, a um serviço e somos vistas com julgamentos de “promíscuas” ou “drogadas”, dentre outras manifestações, que dificulta as MVHA de aderirem ao tratamento e aos serviços, principalmente de saúde, diferente de um homem com HIV, à qual seus atos sexuais são vistos como “naturais” e “aceitáveis”.

Desta forma, nós do MNCP salientamos a necessidade de estarmos nos somando e reafirmando nossas agendas junto a outros movimentos de mulheres (negras, lésbicas e bissexuais, feministas, trans, com deficiência, dentre outras) e apropriarmo-nos de mecanismos de enfrentamento a violência nos estados e municípios brasileiros, como: **Lei Maria da Penha (**Lei 11.340/2006); **DISQUE 100; DISQUE 180;** delegacias especiais de atendimento a mulher (DEAM); centros de referência de atenção a mulher (CRAM); dentre outros.

Como funciona a Central de Atendimento à Mulher?

Atendente recebe a ligação pelo **disque-denúncia 180** e identifica o pedido

Nesta etapa, o call center consegue descartar possíveis trotes

São **três tipos** de atendimento:

PEDIDO DE INFORMAÇÃO

Atendentes informam sobre leis e campanhas. Exemplos: Lei Maria da Penha, Outubro Rosa.

ORIENTAÇÃO

- Onde registrar Boletim de Ocorrência de violência contra a mulher. Exemplos: Delegacias, especializadas ou não.
- Como procurar Casas de Abrigo: Locais sigilosos que só podem ser indicados por delegacias e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).
- Onde conseguir informações sobre divórcio: Defensorias.

DENÚNCIA

Registram a denúncia.

Após autorização, atendentes encaminham a denúncia para Ministério Público, Secretaria de Segurança Social dos Estados e Corregedorias

http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/10/central-atendimento-mulher-1.png/view

VIII - Por que não à Criminalização da Transmissão do HIV

O projeto de Lei (PL) nº.198/2015 [tramitando na Câmara dos Deputados], que pretende criminalizar de forma hedionda a transmissão deliberada do HIV**.** A PL 198/2015 é um substituto equivocado de medidas que realmente não protegem aqueles que correm risco de contrair o HIV (GIV, 2008), alguns estudos sugerem que a criminalização da transmissão do HIV é incapaz de conduzir a mudanças de comportamentos, promoção de justiça ou impedimento da transmissão (UNAIDS 2015).

A **criminalização do HIV** reforça o **estigma** e o **preconceito** das PVHA, sendo que a grande maioria das pessoas sabedoras da sua sorologia se previne e usa medidas de proteção para não transmissão a sua/seu (s) parceiras (os) sexual (ais).

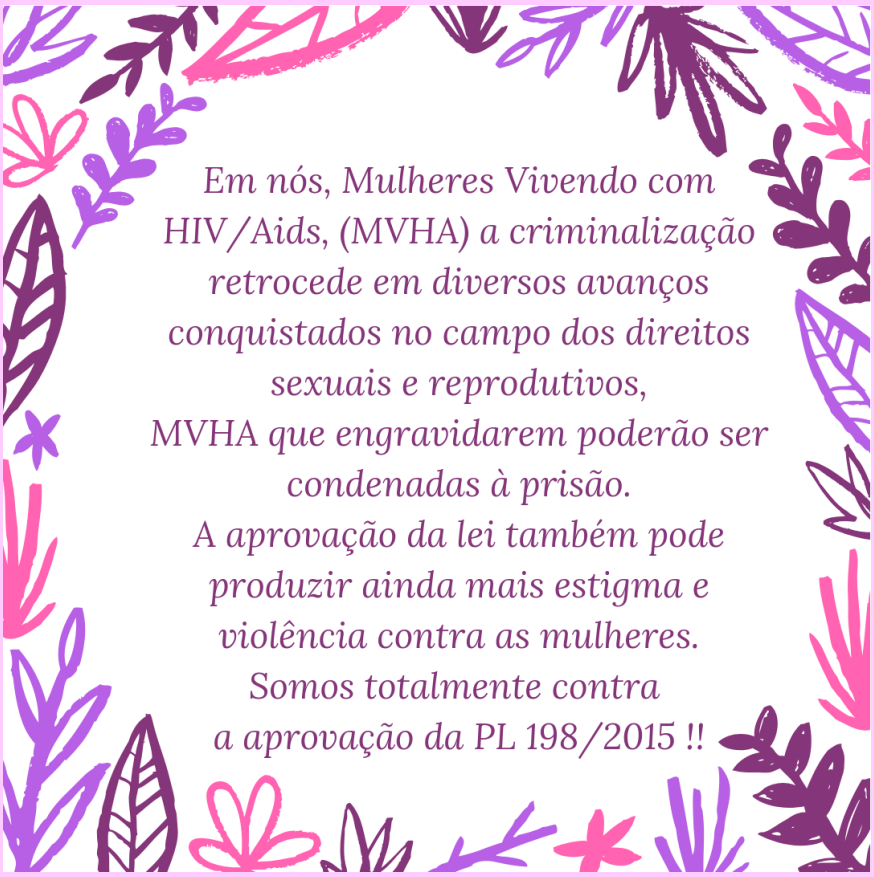
Segundo o UNAIDS, os argumentos para arquivamento da PL 198/2015 se deve ao fato de não haver evidências de vantagens ou benefícios para a saúde pública criminalizando a transmissão; que a lei desconsidera o avanço da ciência em que estudos comprovam que o tratamento com antirretrovirais efetivo, diminuem em até 96% a transmissão do vírus, ou seja, mesmo se houver intenção, não seria possível; que provoca retrocessos em relação aos avanços já conquistados no Brasil, podendo afastar as pessoas de conhecimento da sorologia, impedindo o tratamento precoce, tornando-se pessoas mais propensas a transmissão do vírus de forma involuntária.

Outros efeitos que a criminalização produz, são que a culpa recai sobre uma das pessoas e não como responsabilidade das duas partes envolvidas na relação, o risco de infecção do HIV ou outra IST’s, é parte inevitável do ato sexual. É importante evidenciar também que a criminalização impediria a redução dos números de novos casos de HIV/Aids, fazendo com que haja um efeito contrário ao da política adotada pelo estado brasileiro, uma vez que a população em geral vendo o viver com HIV como algo que denota possível crime, deixariam de realizar a testagem. Essa PL ainda nega o direito sexual das pessoas vivendo com HIV, por colocar previamente a situação de que a relação sexual dessas pessoas pode transmitir o vírus, mesmo que isso não aconteça. Outro malefício seria de colocar

barreira ao tratamento adequado para as pessoas que vivem com HIV, pois estas pessoas podem se distanciar da adesão ao tratamento.

A atenção e cuidado com as pessoas vivendo com HIV, deve estar ancorado como caso de Saúde Pública, de Justiça Social e de Direitos Humanos, e não como um caso de polícia ou justiça penal.

Fatores de desigualdades sociais de classe, gênero, raça, deficiência no acesso aos serviços de saúde, a informações e insumos de prevenção estão implicados nas razões de infecção pelo HIV e nesse sentido a lei não impacta nesses fatores estruturais, ações de prevenção e acesso ao diagnóstico precoce e tratamento tem muito mais efeito positivo do que leis punitivas.



IX - Estigma, Preconceito e Discriminação

Estigma: Relacionado a estereótipos, marca, sinal, atributo que caracteriza, torna diferente demais, desqualifica.

Preconceito: São conjuntos de crenças, atitudes hostis, contra pessoa ou algo, opiniões ou ideias preconcebidas e sem conhecimento e/ou reflexão.

Discriminação: É a conduta (ação ou omissão) que viola direitos das pessoas com base em critérios injustificados e injustos, tais como (raça, sexo, idade, crença religiosa, deficiências físicas, doenças, dentre outras). **É a materialização do estigma e do preconceito**.

O estigma e o preconceito são processos de desvalorização, produzindo e reforçando iniquidades sociais já existentes, levando à marginalização e afetando o estado de saúde em especial das mulheres, que já são oprimidas cotidianamente por machismo, sexismo, racismo e outras formas de discriminação.

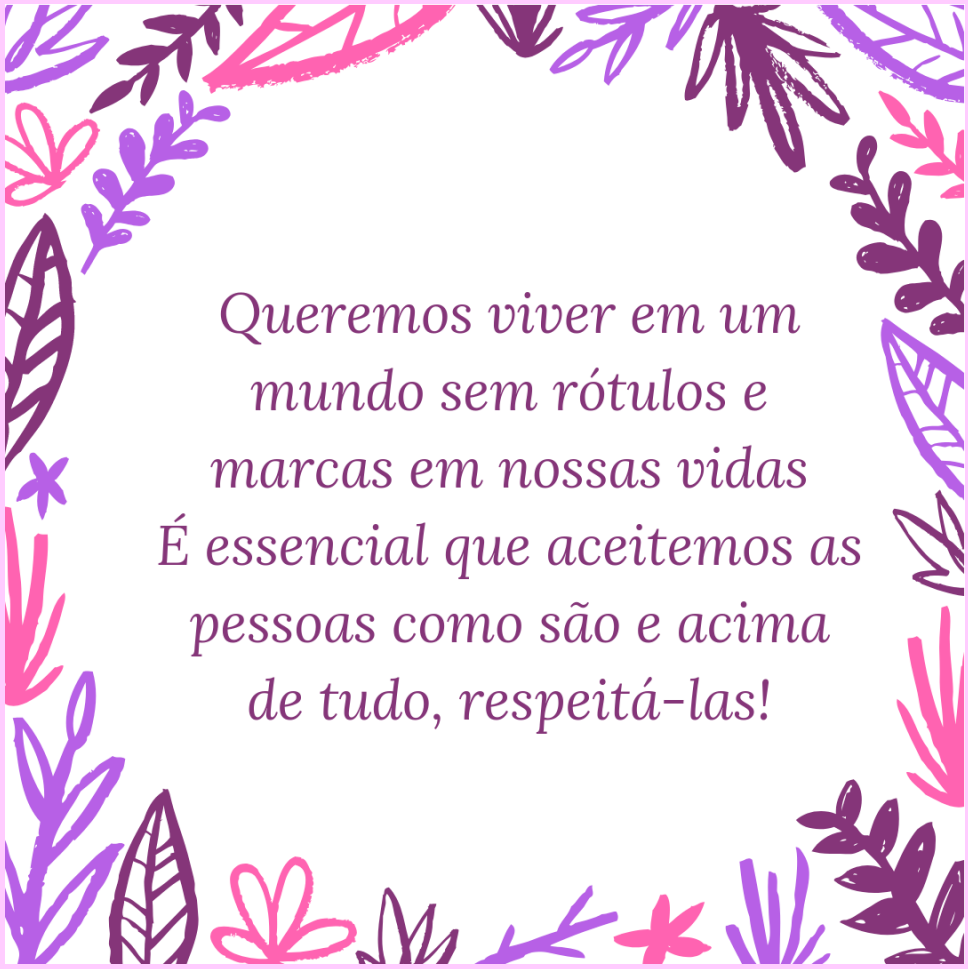
Muitas vezes, quem discrimina não percebe e nem tem a intenção de fazê-lo, como exemplo, alguns grupos religiosos, acreditam que estão “salvando” as pessoas sob seu ponto de vista espiritual, esquecendo-se que existem inúmeras religiões e/ou doutrinas com outras perspectivas acerca do que seria “salvação”, por isso, o papel do profissional deve ser sempre neutro e laico, favorecendo que a espiritualidade de cada indivíduo seja respeitada, e não seja realizada imposição sobre qualquer outra perspectiva religiosa.

Outro exemplo, é quando você pergunta se uma pessoa tem preconceito, a maioria responde que não, usa termos como “Já tomei chimarrão com pessoas que vivem com HIV”. ou “até tenho amigos “de cor ou gays”, dentre outras manifestações.

Ainda, há casos à qual pessoas se apresentam de maneira aberta e com ideias aparentemente descontruídas, quando aplicadas no coletivo, mas que mudam completamente quando a questão diz respeito a sua família e/ou ao seu entorno.

Uma das maiores barreiras do HIV/AIDS é ainda o estigma, preconceito e discriminação que afeta o estado de saúde, tanto no tratamento, como na adesão e prevenção das mulheres. Grande parcela de nossa sociedade, incluindo profissionais nos serviços de saúde, além de estigmatizar, tem preconceitos e condutas discriminatórias em relação as mulheres que vivem com HIV/AIDS.

Nós do MNCP entendemos que a relação de poder entre profissional e paciente é desigual, nesse sentido, compreendemos que um bom acolhimento realizado pelos profissionais, sem qualquer tipo de julgamento, é determinante para o vínculo e a permanência no tratamento das MVHA.



X - Racismo

Racismo: Qualquer preconceito ou discriminação que separam as raças humanas considerando algumas superiores as outras.

É importante frisar que a desigualdade racial é a definidora da desigualdade social no Brasil, sendo uma barreira para que negras e negros possam participar de forma igualitária nos diversos campos da vida social, fazendo com que as desigualdades e discriminações prejudiquem não apenas as populações negras, mas a sociedade como um todo. Nesse sentido encontramos no racismo e principalmente no racismo institucional, práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, como por exemplo a dificuldade de acesso às estratégias de cuidado em saúde para pessoas vivendo com HIV impactando diretamente nos indicadores de mortalidade das pessoas negras.

Para que possamos entender melhor as relações raciais no Brasil, é preciso relembrarmos o contexto histórico para ampliarmos o olhar, e entender os indicadores que apresentam as negras e negros como principais vítimas da violência e mortalidade.

Lembrar a história do Brasil significa recordar que a população brasileira foi constituída por indígenas, europeus, bem como de negras e negros. Mas é importante dizer que essa constituição populacional aconteceu através do genocídio de povos indígenas por conta da colonização europeia, e escravização de negros trazidos forçados do continente africano.

Essa história fez com que privilégios fossem instaurados desde aquele momento, e tornando o racismo como um grande problema na nossa sociedade. Historicamente a questão racial junto a pobreza desta parcela da população afeta diretamente na epidemia do HIV/AIDS, tanto no acesso a saúde, à informação e para as mulheres, na negociação do uso de métodos de prevenção.

Para a médica e ativista Jurema Werneck, o racismo é um fenômeno ideológico, sendo um importante elemento na violação de direitos e de produção de iniquidades no campo da saúde. Esse fenômeno tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e

serviços. O racismo também é visível nas taxas de mortalidade em decorrência da aids, e detecção da doença também.

A divulgação dos dados do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2017, fez uma análise de 12 anos entre 2005 e 2017, e apresenta um cenário no qual identificamos a disparidade no que tange ao acesso às diversas formas de prevenção, visto os casos de aids notificados no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, os casos para mulheres brancas em 2005 representavam 52% enquanto para mulheres negras (juntando pretas e pardas) representou 46%. No ano de 2017 foram identificados respectivamente 39% para mulheres brancas e 60% para mulheres negras, evidenciando aumento desse diagnóstico para mulheres negras, enquanto para as mulheres brancas foi identificada redução dos casos notificados.

Quando fazemos a análise para os casos de gestantes infectadas pelo HIV segundo raça/cor por ano de parto, conforme a Tabela 8 (p. 30) do mesmo Boletim Epidemiológico 2017, encontramos que gestantes brancas representaram 51,2% dos casos, e 47,5% entre as gestantes negras. Já para no ano de 2017 os dados representaram 37,8% para as gestantes brancas e 61,2% para as gestantes negras.

Com o foco voltado para os índices de óbito por aids segundo raça/cor e sexo, encontramos similaridades: no ano de 2005 o percentual de mulheres brancas que morreram em decorrência da aids representou 51,8% e em 2016 esse percentual foi reduzido para 38,8%. Já entre as mulheres negras no ano de 2005 foi registrado percentual de óbitos de 47,7% e em 2016 essa porcentagem aumentou para 60,7%. Com isso conseguimos identificar que a raça/cor da mulher impacta diretamente em sua vulnerabilidade tanto para ser infecção pelo vírus HIV, assim como para a garantia de tratamento e vida.

As mulheres estão vulneráveis por viverem numa sociedade machista e patriarcal, vivendo em situação de desigualdade e inferiorização econômica comparadas ao homem. O racismo é enorme, faz com que a experiência de opressão seja agravada, e as mulheres negras sintam-se sem possibilidades de exercer seus direitos com foco em seus desejos e/ou escolhas, impactando em sua autoestima.

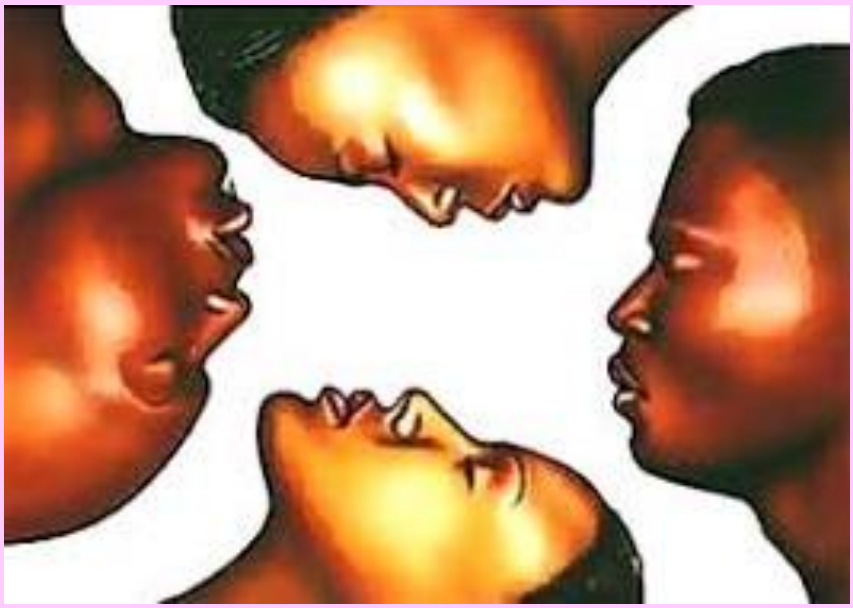
Segundo o boletim epidemiológico HIV/AIDS (2015/2016), entre 2007 e 2015 as pessoas que se autodeclaram parda/o e preta/o são 58,8%, e brancas/os 44%. No

sexo feminino a maioria são as pretas e pardas (59,6%), enquanto brancas são 39,2%, o que demostra que as mulheres negras e pardas estão em maioria infectadas.

Nas gestantes infectadas a escolarização chama atenção, desde 2000 na faixa etária de 20 a 24 anos que possui a 5ª à 6ª série incompleta e representam 30,1% dos casos, quando à raça/cor as pardas representam 45,9% e brancas 38,1%, esses dados evidenciam que as mulheres com menor escolaridade e negras são mais propensas a infecção pelo HIV/AIDS.

Nós do MNCP não podemos ignorar a questão racial que afetam as mulheres na epidemia de HIV/AIDS, é notório, que as afrodescendentes sofrem diretamente o reflexo histórico do racismo em nossa sociedade.

É válido ressaltar que as mulheres indígenas, apesar de não estarem elencadas no boletim epidemiológico como mulheres que figurem entre os grandes índices de infecção (se comparadas às mulheres negras, por exemplo), devem ter políticas públicas voltadas a essa população, visando acesso contínuo ao SUS, respeitando suas diferenças culturais e antropológicas, bem como garantindo a essas mulheres todos os direitos humanos que historicamente lhes foram negados.



XI - Identidade de Gênero e Orientação Sexual e Afetiva

Identidade de Gênero é a dimensão da identidade de um sujeito que diz respeito a como ele ou ela se relaciona com as representações de masculinidade e feminilidade presentes em cada cultura e momento histórico, e como isso se traduz na autopercepção que tem de si, na sua expressão e identificação social. A identidade de gênero não necessariamente guarda relação com o sexo atribuído no nascimento, fazendo com que cada pessoa se localize dentro do gênero que se auto reconhece, e não tem nenhuma relação com orientação sexual.

Cisgênero, ou simplesmente cis, é o conceito que abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento.

Transgênero, ou simplesmente trans é o conceito que abrange o grupo diversificado de pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento (homens trans, mulheres trans, drag-queens, cross-dressers, dentre outras identidades) e pessoas não binárias, que não se reconhecem como pertencendo a um único gênero, masculino ou feminino.

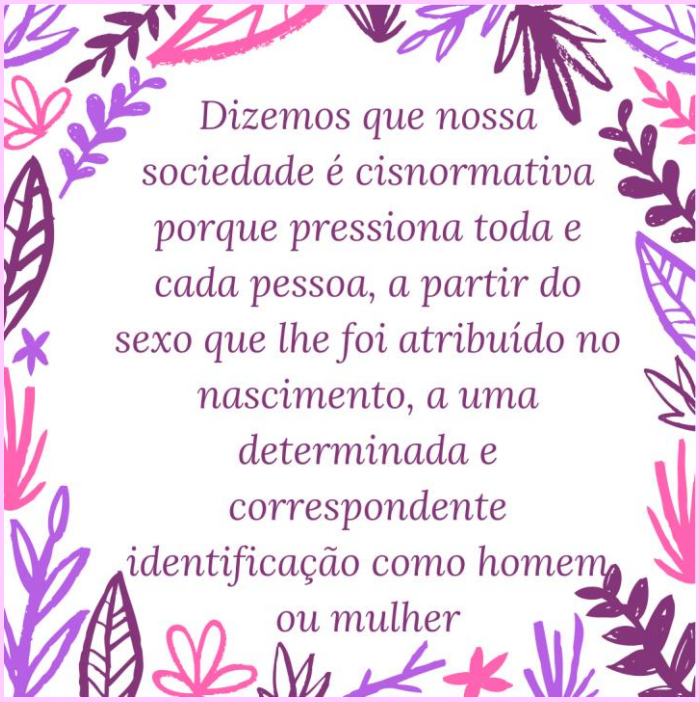
Mulheres transexuais: são pessoas que nasceram com pênis e possuem identidade de gênero feminina, desempenhando papel social de gênero feminino. Têm o desejo de serem reconhecidas como mulheres e serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam. Também como forma de reafirmar sua identidade feminina, geralmente buscam a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer ao uso de hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos, bem como à cirurgia de redesignação sexual (mudança de sexo – neovaginoplastia – construção de uma vagina).

Travestis: são pessoas que nasceram com pênis e possuem identidade de gênero feminina. Identificam-se como travestis e reivindicam a legitimidade de sua identidade para além dos parâmetros binários do masculino e do feminino, desejando, todavia, serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam. Também como forma de reafirmar sua identidade feminina, geralmente buscam a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer, para tal, ao uso de hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos, não desejando, geralmente, a cirurgia de redesignação sexual.

É de grande importância refletir sobre as identidades de mulheres transexuais e travestis, pois estas possuem alguns pontos em comum, como sua expressão de gênero feminina. A diferença que pode marcar as duas identidades seria a identificação política e/ou subjetiva, em que uma se afirma como travesti e outra como mulher transexual. Ambas as identidades são de mulheres trans e precisam enfrentar uma série de desafios para terem sua identidade reconhecida, desde a auto aceitação até a discriminação na família, na escola, na comunidade e no mercado de trabalho.

Mas há algo que todas elas compartilham, de formas e intensidades diferentes: toda pessoa, trans ou cis, tem que lidar com o fato de viver numa **sociedade cisnormativa**.

Orientação Sexual e Afetiva: diz respeito às várias formas como se constrói o desejo e o afeto, ao modo como nos sentimos atraídos por outras pessoas e como nos relacionamos com elas. Embora geralmente se classifiquem as orientações sexuais em homo, hétero e bissexual, o desejo e o afeto são mais complexos e envolvem outras dimensões para além de sexo e gênero. Não há um consenso sobre como se forma a orientação sexual de uma pessoa, mas não é difícil perceber como nossa sociedade, por meio de várias práticas sociais, legitima a heterossexualidade como norma. Vivemos numa **sociedade heteronormativa**.



XII - Mulheres Trans, Vulnerabilidades e HIV/Aids

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.836/2011, reafirma o direito das pessoas LGBT à saúde integral, humanizada e de qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto na rede de atenção básica como nos serviços especializados.

Quando se pensa em saúde das pessoas trans, é comum que venham à cabeça questões como doenças sexualmente transmissíveis, principalmente HIV/Aids, mas a sexualidade e os problemas de saúde a ela relacionados, é apenas uma parte das suas vidas. Apesar de parecer óbvio, vale lembrar que as pessoas trans também enfrentam problemas de saúde como todas as outras e o primeiro passo para a garantia do direito à saúde é o reconhecimento da identidade de uma pessoa.

Desde 2009 é garantida, a pessoas trans, a identificação pelo nome com o qual se reconhecem – que a legislação chama de nome social - no Sistema Único de Saúde (Portaria nº 1.820/2009). Quando um/a profissional da saúde não reconhece a identidade de gênero de pessoas trans, além de desrespeito e constrangimento, está criando uma barreira para o acesso dessas mulheres (trans e travestis) aos serviços de saúde.

Muitas pessoas trans, ao assumirem sua identidade de gênero, dão início a um processo de transição. Esse processo de transição é vivenciado de modo particular por cada pessoa trans e pode incluir mudanças na sua expressão de gênero e no seu corpo. A hormonioterapia, as intervenções cirúrgicas que vão desde o implante de silicone, até as cirurgias de redesignação sexual. Entre mulheres trans e travestis, ainda é comum a aplicação de silicone industrial, que causa vários danos à saúde e é proibido por lei.

O chamado Processo Transexualizador foi instituído pelo SUS em 2008 (Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008) e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Ele garante o atendimento integral de saúde a pessoas trans que desejam acessar tecnologias de modificação corporal, incluindo desde a hormonioterapia até cirurgias.

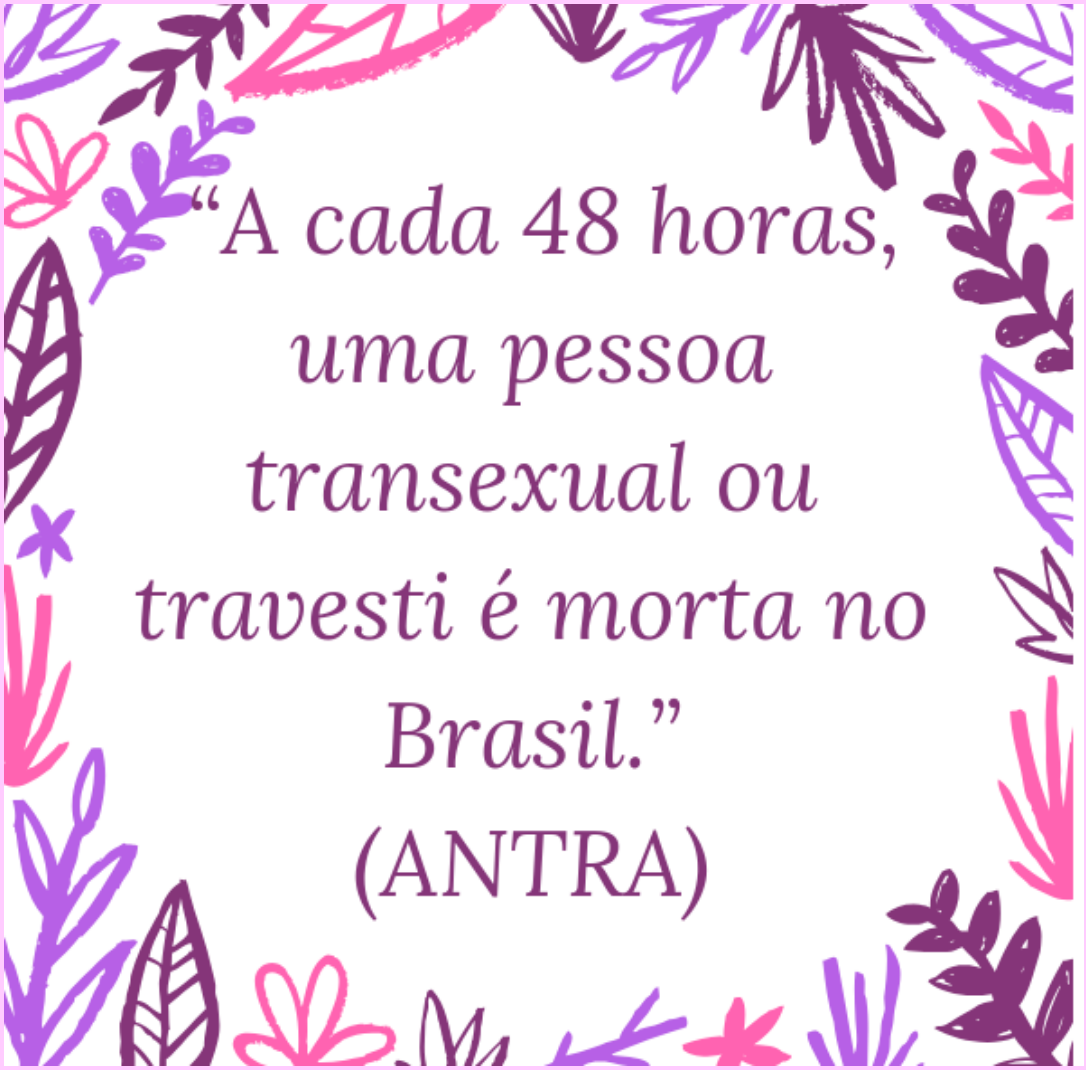
Os dados epidemiológicos têm demonstrado que, no Brasil, a epidemia de HIV/aids é concentrada, com maior recorrência em grupos considerados mais vulneráveis. Para a população em geral, a prevalência de HIV/aids tem se mantido estável em 0,4%; a população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH) tem taxas da ordem de 10,5%. Já na população de mulheres trans (travestis e transexuais), a prevalência chega ao patamar de 31,2%.

Ao que se refere à adesão ao tratamento, mulheres trans HIV+ tem menor acesso a receber a TARV, com probabilidades de menor adesão, pois priorizam os cuidados médicos relacionados à transição em detrimento do atendimento ao HIV. Têm medos sobre as interações medicamentosas entre hormônios e HIV e vivem experiências negativas com profissionais de saúde por medo do estigma e da discriminação, ocasionando carga viral detectável e maior mortalidade relacionada ao HIV. Mulheres trans tem menor aceitação e adesão à PrEP (Profilaxia pré exposição).

A violência, caracterizada pela transfobia generalizada traz alguns aspectos discriminatórios contra mulheres trans: estigma, falta de apoio da família, constrangimento, agressão verbal, repressão, inferiorização, humilhação, agressão física, bullying, intimidação, ameaça, negligência, omissão, exclusão, invisibilidade, negação e altos índices de assassinatos.

O Brasil lidera o ranking de homicídios de mulheres trans no mundo, motivados pela transfobia.

Embora não faça menção explícita aos conceitos de gênero e orientação sexual, a Constituição Federal é enfática na garantia das liberdades individuais e da igualdade de direitos. O texto constitucional indica recorrentemente o enfrentamento a toda forma de discriminação e nós do MNCP reconhecemos e acolhemos as mulheres trans dentro do movimento.


“A cada 48 horas, uma pessoa transexual ou travesti é morta no Brasil.”
(ANTRA)

XIII - Juventude e HIV

Estatísticas apontam que o número de novas infecções por HIV e mortes relacionadas à AIDS entre jovens está diminuindo em nível global. No entanto, no Brasil, segundo informações fornecidas pelo Ministério da Saúde, os dados são preocupantes.

Embora haja uma sutil tendência de queda, na faixa etária entre 15 e 24 anos de idade, o número de casos cresceu em 40% nos últimos sete anos, o que equivale a um terço das novas infecções pelo HIV no Brasil.

Do ponto de vista mundial, o relatório Global do UNAIDS aponta que as mulheres jovens são a população mais expressiva em relação aos novos casos de HIV/Aids. De acordo com o UNICEF, a cada hora, cerca de 30 adolescentes entre 15 e 19 anos são infectados pelo HIV no mundo. Desses, dois terços são meninas.

Informações fornecidas pelo Departamento de IST's, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, apontam que as piores taxas de adesão ao tratamento antirretroviral estão também entre os jovens.

Os dados também mostram que a taxa de infecção de pessoas nas faixas etárias entre 15 e 19 anos, eclodiu entre 2004 e 2015, onde o número de novos casos entre meninos e meninas dessa idade aumentou 53%.

O início da vida sexual cada vez mais cedo, o uso de drogas ilícitas, a ausência do uso de preservativos e a falta de informação sobre os recursos de prevenção combinada, são apontados como alguns dos fatores de risco para a infecção. A invisibilidade social refletida contra segmentos tradicionalmente marginalizados como pessoas transexuais, gays e HSHs, jovens meninas, pessoas que usam drogas, indígenas e negros, sofrem um risco acrescido.

Apesar do acesso universal aos antirretrovirais, e da gratuidade dos serviços de saúde relacionados ao HIV, tanto nas áreas de prevenção e testagem, como de aconselhamento e tratamento, fatores como o estigma e a discriminação das pessoas vivendo com HIV/Aids, bem como de outras populações vulneráveis, atendidas pelo Sistema Único de Saúde, atingem em cheio a juventude, afastando os jovens da prevenção e do tratamento do HIV/Aids.

O impacto causado por este estigma pode vir desde o receio de ser “descoberto” por vizinhos e familiares em casos de cidades pequenas ou povoados, até a maneira como os próprios profissionais lidam com esse jovem. Muitas vezes com uma forma de se comunicar ineficaz, retrógrada e por vezes até moralista.

Com relação à prevenção, pode-se considerar que a juventude nunca teve tão amplo acesso à informação, mas no que se refere a informações relacionadas a direitos sexuais reprodutivos, há dois aspectos importantes a se considerar:

O primeiro é a qualidade da informação difundida. A internet por exemplo, é um excelente veículo que lamentavelmente por vezes difunde informações equivocadas ou até contraditórias, não raro reproduzindo discursos machistas, sexistas, homofóbicos e moralistas que afastam o jovem de uma informação nítida e efetiva.

Outra questão é que o jovem, embora seja “bombardeado” por informações nas diversas mídias, muitas vezes não tem elementos suficientes para decodificar e filtrar essas mensagens recebidas. A maneira como a sociedade lida com a juventude, impacta diretamente em como a juventude reage à epidemia.

Como contrapartida, jovens ativistas espalhados por todo o Brasil têm feito a sua lição de casa, espalhando aos quatro ventos informação de qualidade, discutindo, debatendo e unindo-se para enfrentar e confrontar estigmas e opressões de todas as naturezas, são eles youtubers, pesquisadores, militantes, estudantes e jovens profissionais que não cessam de enfrentar a epidemia com garra e coragem.

Por esses e outros motivos, nós do MNCP, consideramos o HIV/Aids uma questão não apenas de saúde pública, mas também um assunto político e social que necessita de uma sociedade mais libertária e empática, que pratique a escuta e se abra para discutir os impactos do racismo, machismo, lesbofobia, lgbtfobia, recessão e educação com mais condições de dialogar entre pares sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos e Redução de Danos para pessoas que usam Drogas e HIV/Aids.

"Os jovens entre 15 e 24 anos formam um dos grupos que mais preocupa as autoridades e profissionais de saúde envolvidos com o combate à aids no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, em oito anos foram registrados mais de 30 mil casos da doença nesse grupo da população."
(Carta Capital).

XIV - Mulheres com deficiência: intersecção entre Gênero, Violência e HIV

De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015), “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem **impedimento de longo prazo** de natureza **física**, **mental**, **intelectual** ou **sensorial**, o qual, **em interação com** uma ou mais **barreiras**, **pode obstruir sua participação** plena e efetiva na sociedade em **igualdade de condições** com as demais pessoas”. A deficiência está associada a altas taxas de analfabetismo, alimentação inadequada, falta de acesso à água potável, grau de imunidade baixo, doenças com tratamento inadequado, violências, condições de trabalho perigosas e/ou insalubres, ou seja, tem relação direta com a privação de direitos fundamentais

Os tipos de deficiência são:

Física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, comprometendo sua funcionalidade física.

Auditiva: perda bilateral, parcial ou total das possibilidades sonoras. É importante compreender que, na perspectiva cultural, o surdo é o indivíduo que faz uso da língua de sinais como sua primeira língua e se compreende como sujeito constituído de uma identidade surda.

Intelectual: déficit funcional, tanto intelectual quanto adaptativo, com início no período do desenvolvimento. Os prejuízos podem se apresentar na comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais e acadêmicas, lazer e trabalho.

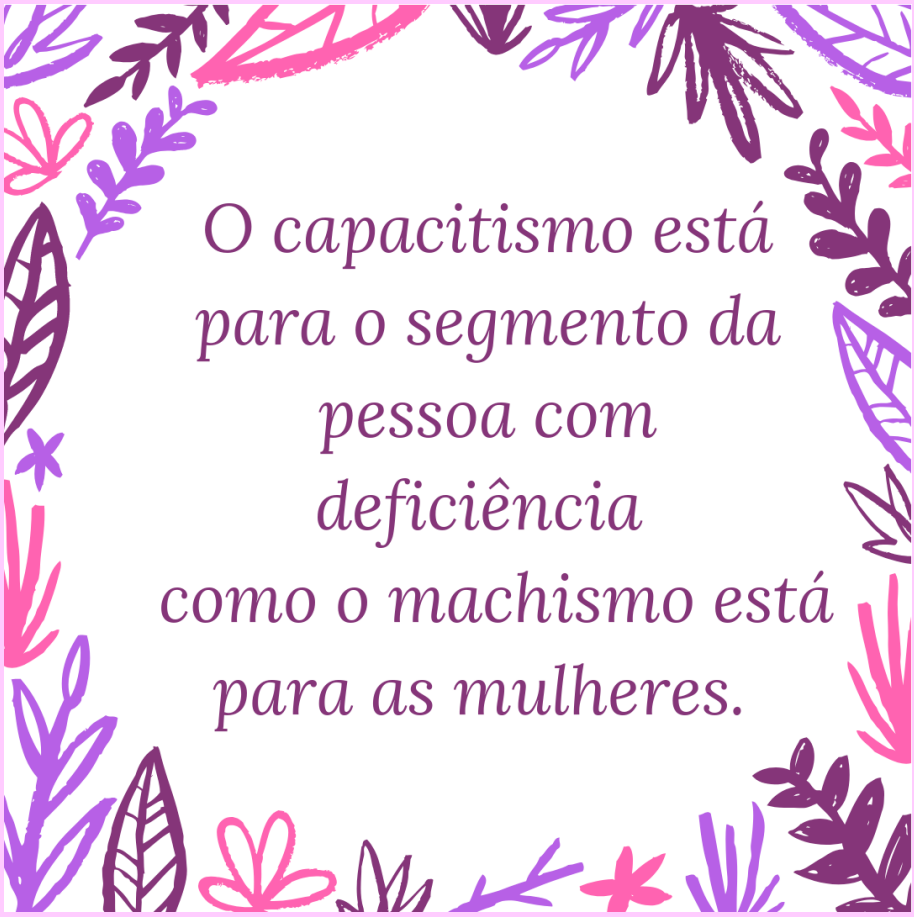
Psicossocial/Mental: presença de transtorno mental de longo prazo que resulte em significativo prejuízo, sofrimento e/ou incapacidade em atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Estes transtornos podem ser depressivos, bipolar, do espectro autista, do espectro da esquizofrenia, entre outros.

Visual: Redução significativa ou ausência da visão, podendo ser congênita, hereditária, genética ou adquirida.

Múltipla: quando existe a ocorrência de duas ou mais deficiências citadas anteriormente.

Segundo dados estatísticos do IBGE de 2010, as pessoas com deficiência representam 23,9% da população brasileira. Enquanto existem 100 mulheres para cada 96 homens no Brasil, no segmento da pessoa com deficiência, para cada 100 mulheres existem 76,7 homens, representando 13,53% da população total do país. Apesar desse número expressivo, ainda são escassas informações e pesquisas sobre a intersecção entre gênero e deficiência e deficiência e HIV/Aids, o que dificulta e inviabiliza a construção e efetivação de políticas públicas específicas.

Um dos principais elementos responsáveis por essa invisibilidade. é o **capacitismo**, que é a concepção social que nos percebe como não iguais e, até mesmo, incapazes de gerir nossas próprias vidas. Sua estrutura decorre da opressão sobre o conceito da deficiência, que recusa compreendê-la como parte da diversidade humana e a limita a aspectos estritamente biológicos O resultado dessa discriminação é percebida na sistemática ausência de acessibilidade, impedimentos ao mercado de trabalho e o não reconhecimento dos nossos direitos sexuais e reprodutivos, por exemplo.



A negação da integralidade da mulher com deficiência resulta em **atendimentos precários que submete os corpos à invisibilidade, impedindo de acessar informações sobre o exercício seguro da sexualidade e da autonomia.** De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), entre 2011 e 2016, 7.376 mulheres com deficiência foram vítimas de estupro. Dessas notificações, 39,7% revelaram que essa violência ocorreu outras vezes e 17,2% que houve dois ou mais autores do estupro. Esses dados são alarmantes, mas, levando em consideração as barreiras impostas, certamente não representam a dimensão do número de mulheres com deficiência que sofrem esse tipo de violência. Outro dado preocupante foi a baixa cobertura dos procedimentos realizados no socorro às mulheres com deficiência estupradas, que não alcançaram nem metade dos casos na profilaxia de IST (39,6%), HIV (27,6%); coleta de sangue (45 %), coleta de sêmem (6,8%); coleta de secreção vaginal (15,5%); contracepção de emergência (26%); e aborto previsto em lei (1,5%).

Além dos dados citados, precisamos compreender que a violência de gênero também resulta em deficiência, já que muitas mulheres a adquirem após tentativas de feminicídio, como o exemplo de Maria da Penha, que se tornou cadeirante em decorrência disso e hoje nomeia a lei que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil.

Nós do MNCP julgamos que o não reconhecimento da mulher com deficiência pelo viés de gênero a coloca em um lugar de vulnerabilidade à violência e ao HIV/Aids, assim como salientamos que a falta de acesso ao tratamento adequado, ou até mesmo pelo impacto do vírus, muitas mulheres adquirem deficiência, como a visual, física e cognitiva, pós diagnóstico, demonstrando a necessidade de aprofundar a correlação entre deficiência, violência e HIV/Aids.

XV - Redução de danos e sua interface na Saúde das Mulheres

A Redução de Danos tem como proposta abordar o fenômeno Drogas mais realista de forma mais pragmática sem julgamento de valor e que possa reduzir os danos individuais e sociais do uso de drogas em geral.

Partindo da ideia de que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação voltados aos usuários de drogas e suas famílias têm sido viabilizados e garantidos.

Nos anos 80, a redução de danos surge de forma sistematizada em programas de saúde. Inicialmente, objetivando reduzir a contaminação pela hepatite B entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e, posteriormente, pela infecção do HIV. Já em 2004, a redução de danos passa a ser vislumbrada como uma estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, lançada pelo Ministério da Saúde.

Os princípios da redução de danos são:

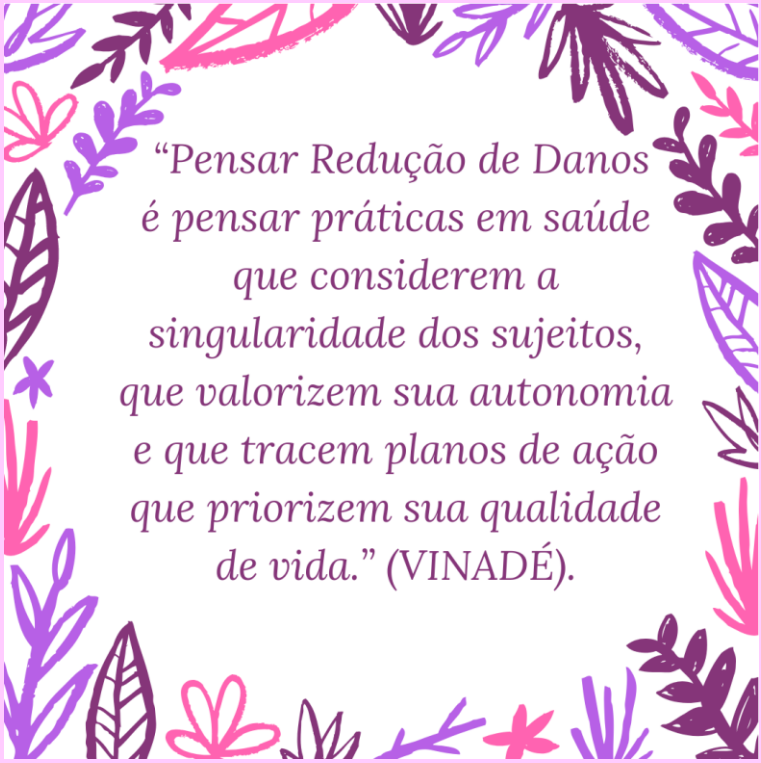
- Acesso, Acolhimento e Vinculo – não “exigir” a abstinência.
- Protagonismo – prática social.
- Autonomia – aumentar a capacidade da pessoa que usa drogas de viver aquilo que é e deseja ser, empoderamento pessoal, respeito à liberdade de escolha.
- Produção e Promoção a Saúde – deixar de ocupar-se apenas com a “doença”, descriminalização do usuário.

Muitas mulheres que usam drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência e abandonam os serviços, outras sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidas em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou as práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar da usuária, impactando sua vulnerabilidade para a infecção e para o adoecimento pelo HIV/Aids, assim como, para aumento dos casos de transmissão vertical.

A Lei nº 10.216/2001 dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais diz: que o(a) usuário(a) de drogas que mantenha relação de dependência com a substância é considerado(a) para os efeitos dessa lei, portador(a) de transtorno mental. Por isso, goza de todos esses direitos em relação ao seu tratamento e prevê no (Art. 4º) que todas as internações só serão realizadas se houver um laudo médico que ateste sua necessidade. Além disso, qualquer tipo de internação somente deverá ocorrer quando todas as outras formas de tratamento se mostrarem insuficientes.

Os CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas) são os locais de acolhimento e tratamento que servem de referência para o usuário(a) e sua família nesta difícil caminhada da mudança de um hábito que virou problemático. É a partir dele que irá acontecer seu tratamento e sua inserção nos outros serviços da rede, como na internação, por exemplo, caso seja necessária.

Nós do MNCP, entendemos que a Redução de Danos deve ser inserida nas práticas das ações das Políticas Públicas para mulheres, vivendo ou não com HIV/AIDS, com participação direta na construção de planos e orçamentos públicos para as ações nas políticas socias, contribuindo para o acesso das mulheres em situação de uso de álcool e outras drogas nos serviços de saúde.



XVI - Efeitos adversos dos ARV´s e seus impactos nos corpos femininos

Estudos ao redor do mundo revelam que o organismo de uma pessoa vivendo com HIV/AIDS, quando convive por muitos anos com o vírus, acaba funcionando como o de pessoas com mais idade, o que chamamos de “Envelhecimento Precoce”

Para as mulheres existem fatores específicos como a menopausa precoce, perda ou aumento de gordura vaginal, perda de libido, alterações hormonais, depressão, eventos cardiovasculares, alterações musculoesqueléticas, com fatores de risco para diminuição da densidade mineral óssea, alterações neurocognitivas (alterações de memória recente, lentidão de raciocínio, vagarosidade motora, dificuldade de atenção, concentração, dificuldade de tomar decisões e a manifestação mais grave é a demência)

Segundo apresentação no VII Encontro Nacional do MNCP, a vulnerabilidade de MVHA aos sintomas depressivos, são de:

- 30 a 60% das mulheres com HIV que relatam depressão;
- 17% de maior probabilidade de transtorno de estresse agudo entre as mulheres em relação aos homens;
- 34% de mulheres diagnosticadas com depressão comparado com 29% em homens;
- 54% taxa de mortalidade relacionada ao HIV em mulheres com sintomas crônicos de depressão em comparação com pouco ou nenhum sintoma.

Uma alteração visível, que tem influência direta na qualidade de vida das MVHA, com consequências físicas, psicológicas e sociais, que impactam fortemente na autoestima e na adesão ao tratamento, é a lipodistrofia, que causa alteração da distribuição da gordura corporal que atinge braços, pernas, bumbum, rosto, pescoço, abdômen, costas e seios. É importante salientar que temos a Portaria Conjunta SAS/SVS nº 01, de 20 de janeiro de 2009, uma conquista do movimento social, que trata das indicações cirúrgicas, normas para o credenciamento dos hospitais e ambulatórios e não está implementada nacionalmente.

O MNCP defende a urgência de pesquisas sobre a manifestação do vírus e dos medicamentos nos corpos femininos, assim como o acesso a exames:

Densitometria óssea, controle de dosagem hormonal, meios de mantermos alimentação saudável, atividades físicas, mantendo a nossa qualidade de vida e desfrutando assim qualidade em todos os ciclos de vida.

XVII - Prevenção Combinada

É Conjunto de tecnologias conjugadas e combinadas com intervenções de prevenção já consagradas na resposta ao HIV/Aids e a fatores associados, centradas nos indivíduos, seus grupos sociais e na sociedade que vivem, considerando as singularidades dos sujeitos e especificidades dos meios que estão inseridos.

São três abordagens possíveis: biomédica, comportamental e estrutural.

Biomédica: estratégias voltadas à redução do risco à exposição ou transmissibilidade, mediante uso de ARV ou de outras tecnologias biomédicas (Preservativo feminino, masculino e gel, tratamento para todos, PEP, PrEP prevenção da TV, etc).

Comportamental: estratégias que contribuem para mais informação e conhecimento e gerenciamento do risco à exposição ao HIV, numa perspectiva efetiva da redução desse risco, mediante incentivos a mudanças de comportamento individual ou coletivo (Adesão aos preservativos masculino e feminino e gel, incentivo a testagem, aconselhamento pautado na autonomia do sujeito, redução de danos, campanhas de prevenção, etc)

Estrutural: estratégias voltadas a enfrentar fatores e condições socioculturais que tenham influências diretas relacionadas à vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos que sofrem preconceitos, estigma e discriminação, violência ou qualquer outra forma de violação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana (ações de enfrentamento ao estigma e discriminação, racismo, sexismo, machismo, homofobia, transfobia, lesbofobia, etc, promoção e defesa dos direitos humanos, políticas afirmativas de direitos, campanhas educativas e de sensibilização)

Mandala de Prevenção Combinada

Indetectável = Intransmissível: Baseado em estudos com resultados sólidos e conclusivos – HPTN 052 e Partner, de 2016, e Opposites Attract, de 2017 –, uma pessoa que vive com HIV/Aids, que esteja indetectável há, pelo menos 6 meses e fazendo uso diário dos ARV's,não transmite o vírus sexualmente.

XVIII - Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são adquiridas por meio da relação sexual oral, vaginal ou anal sem preservativo masculino ou feminino, que aumentam a vulnerabilidade em adquirir outras infecções como o HIV, podendo ainda ser de mãe infectada para o bebê, durante a gestação parto ou amamentação. É importante o diagnóstico e o tratamento adequado para que interrompa a transmissibilidade, assim como, se faz necessário que informar ao parceiro, tratar e utilizar métodos de prevenção, afim de não haver reinfecção.

Algumas infecções impactam drasticamente na vida das mulheres, como o Zika vírus, sífilis, HTLV e HPV que potencializa o agravo, quando somado ao HIV.

Zika Vírus – Transmitido pela picada do mosquito *Aedes Aegypti* e pelo sêmen e fluidos infectados, o Zika vírus tem se destacado pela alta prevalência em mulheres em idade fértil, sendo um dos maiores agravantes, o risco de microcefalia congênita e outras sequelas cerebrais no feto.

O Zika vírus atinge principalmente populações de baixa renda, de periferia e negras, sendo esta população atingida também pelo HIV, por isso devemos estar atentas à prevenção e atenção a esta nova epidemia.

HPV - Sigla inglesa para "Papiloma vírus humano”, muito disseminado, transmitido pelo contato direto com pele ou mucosas infectadas, que pode causar verrugas e lesões (internas e externas) e predispõe ao câncer de colo de útero, vagina, garganta e ânus. As lesões decorrentes ocorrem mais frequentemente em MVHA e o câncer cervical, cinco vezes com maior probabilidade nesse público.

O exame (Papanicolau ou citopatológico) deve ser realizado por mulheres com vida sexual ativa, com intervalo de um ano e através do exame é possível detectar alterações e tratá-las, com taxa de sobrevivência de mulheres com câncer do colo do útero chegando a 92% de acordo com estudo publicado na edição online do British Medical Journal (BMJ).

Vale salientar que o câncer de colo do útero é 3º tipo de câncer mais frequente entre mulheres, são 17 a 21 casos a cada 100 mil, estimativa, de **16.3 mil novos casos** por ano (Inca 2016) e é a 4º causa de morte por câncer entre as mulheres: **5.4 mil mortes por ano.**

Sífilis - Causada pela bactéria Treponema Paliidum, que se apresenta em diferentes estágios: - **Primária**: Ferida (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais da pele). - **Secundária**: Manchas no corpo principalmente nas palmas das mãos e plantas dos pés. No intervalo, latente: Não aparece sinais ou sintomas. **Terciária:** Afetam órgãos importantes como ossos, pele, coração, cérebro, podendo levar a morte.

Sífilis congênita: transmitida da mãe para o bebê durante a gestação, se caso não tratada causam complicações como aborto espontâneo, parto prematuro, má formação, deficiência mental e ou morte ao nascer.

Sífilis tem tratamento e tem cura, importante procurar um profissional de saúde para o diagnóstico correto e o tratamento adequado.

HTLV – É um retrovírus da mesma família do HIV. Embora possa ser assintomático, cerca de 10% das pessoas tem manifestações clínicas graves, como a leucemia, polimiosite, artrite, tireoidite, dentre outros. O HTLV é pouco divulgado, com índice de transmissão vertical baixo, porém alto pelo aleitamento materno.

XIX - Documento Político do MNCP

Nós, mulheres vivendo com HIV/AIDS e Movimentos de Mulheres negras, feministas, trabalhadoras sexuais, jovens, idosas, LBT, dentre outras em que o HIV/AIDS é transversal, reafirmamos neste documento, as necessidades ainda existentes na garantia dos direitos humanos e atenção integral das mulheres vivendo com HIV/AIDS no Brasil, elencamos as seguintes demandas/recomendações:

- Garantia de acesso aos exames específicos como: densitometria óssea, dosagem hormonal, exames neurológicos e cardiológicos, devido aos efeitos colaterais advindos do uso constante de antirretrovirais.
- Realização de pesquisas dos efeitos do HIV e ao uso dos antirretrovirais, com maior participação das mulheres nos ensaios clínicos, observando as necessidades e especificidades femininas e as mudanças corporais, tais como: agravos ginecológicos, dermatológicos, hormonais, envelhecimento precoce, perda de libido, cardiopatias, lesões neurológicas, lesões ósseas, entre outros.
- Melhoria das informações sobre prevenção combinada para as mulheres vivendo com HIV/AIDS, profissionais de saúde e sociedade em geral.
- Humanização do parto com HIV/AIDS, assim como atenção especial às mães que não podem amamentar.
- Devido a inúmeros relatos de crianças que se contaminaram pelo aleitamento materno após o parto, se faz necessário o recorte nos dados relativos à transmissão vertical para as devidas providências de prevenção e informação.
- Devido às desigualdades sociais, o leite distribuído a recém-nascidos é dividido com outros componentes da família, nesse sentido, reivindicamos a garantia do leite estendido até um ano de idade, assim como, avaliação socioeconômica das famílias.
- Melhoramento dos dados sobre Jovens de Transmissão Vertical e políticas de direcionamentos após saída dos abrigos os 18 anos.

- Implementação efetiva da Portaria de Lipodistrofia (2005) nos estados com atendimento prioritário das mulheres vivendo com HIV/AIDS que se encontram nos serviços aguardando as cirurgias reparadoras e preenchimento facial.
- Estímulos aos profissionais de saúde, como cirurgiões e dermatologistas para atuarem nas cirurgias reparadoras.
- Devido aos estudos já realizados em que a criminalização da transmissão do HIV não traz vantagens e benefícios na redução da transmissão, mudança de comportamentos, sendo um grande retrocesso e promovendo ainda mais o estigma das pessoas que vivem com HIV/AIDS, exigimos o arquivamento da PL – 198/2015 que torna crime hediondo a transmissão do HIV.
- Parceria dos NASF e as coordenações de IST/HIV/AIDS nos programas de incentivo de atividades físicas visando prevenir e minimizar os efeitos da lipodistrofia.
- Promoção de estratégias de escolha e adesão aos ARV, levando em conta a individualidade, vulnerabilidade e especificidade da mulher.
- Divulgação e orientação de acesso sobre a vacina do HPV para as mulheres vivendo com HIV/AIDS até os 26 anos, assim como a extensão da cobertura para homens vivendo com HIV/AIDS nessa mesma faixa etária.
- Viabilização de novas tecnologias de vacina de HPV já utilizada em outros países que combatem até 09 subespécies de vírus causadores de câncer a qual as mulheres vivendo com HIV/AIDS são mais suscetíveis.
- Incentivo, apoio e orientação para participação efetiva das mulheres vivendo com HIV/AIDS nos espaços de controle social como: conselhos de saúde, conselhos da Mulher, conferências livres e conferencias da saúde da mulher em seus municípios e estados.
- Realização e apoio às capacitações técnicas permanentes com parcerias de diversos órgãos e instituições, voltados para o fortalecimento, sustentabilidade das ações e advocacy para as mulheres vivendo com HIV/AIDS.

- Apoio à realização de material informativo pelas lideranças do MNCP e parceiros estratégicos, que contenha as demandas emergentes do movimento, com qualidade técnica, para realização de advocacy que incida efetivamente nas políticas públicas referentes à saúde integral das mulheres vivendo com HIV/AIDS.
- Melhoria nos relatórios específicos de gênero, raça/cor, violência contra a mulher e sua relação com a infecção do HIV.
- Desenvolvimento de estratégias continuadas de informação e comunicação para a diminuição do estigma, racismo, lesbofobia, transfobia e todas as formas de discriminação, em espaços de saúde, educação e assistência social.
- Promoção e estímulo à inserção das mulheres trans no Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas.
- Inserção dos movimentos sociais nas capacitações da força de trabalho da saúde, educação e assistência social, levando em conta a expertise e vivencias nas temáticas de HIV/AIDS, racismo, violência contra as mulheres, transfobia, lesbofobia, uso de álcool e outras drogas, deficiências, juventude, dentre outras temáticas.
- Promoção do atendimento humanizado e qualificado nos serviços de saúde e assistência social, levando em conta: orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor e etnia.
- Promoção ao respeito dos direitos sexuais e reprodutivos nos serviços de saúde, em sua integralidade, para além do sexo seguro, gravidez e maternidade, e reprodução humana assistida.
- Promoção de estratégias de melhoria de acesso dos jovens a partir dos 12 anos e adolescentes nos serviços de saúde e aos insumos de prevenção (preservativos femininos e masculinos).
- Incentivo dos programas de AIDS para os serviços especializados e atenção primária em saúde, realizarem trabalhos de interação com idosos e garantia de acesso aos insumos de prevenção (gel e preservativos femininos e masculinos).

- Promoção de capacitações que permitam interação e agendas conjuntas com outros movimentos de mulheres, com objetivo de fortalecimento feminino e redução das vulnerabilidades, considerando: violência de gênero, discriminações, racismo, sexismo, entre outras.
- A Redução de Danos seja inserida nas práticas das ações das Políticas Públicas para mulheres vivendo e convivendo com HIV/AIDS com participação das mulheres na construção de planos e orçamentos públicos para as ações dessas Políticas Sociais.
- Confecção de materiais educativos e insumos de prevenção as IST/HIV/HV e Tuberculose e, estratégias de Redução de Danos para as mulheres vivendo com HIV/AIDS que usam álcool e outras drogas que permitam trabalhar a promoção de autonomia e a tornem ativas no processo de seu próprio cuidado.
- Suporte que contribuem para a construção de uma noção de identidade, auto-estima, habilidades de enfrentamento e integração social para as mulheres com HIV/AIDS usuárias de álcool em outras drogas que vivem em situação de Rua.
- Troca de informação e abordagens educativas entre mulheres Vivendo e convivendo com HIV/AIDS e estratégias que possam diminuir os Danos causados por uso abusivo de Álcool e outras drogas.
- Fortalecimento dos Centros de Referência da Mulher e melhoria da qualificação e referenciamento no disque 180.
- Capacitações dos agentes periciais e de segurança nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher.
- Atendimento integral às mulheres vítimas de violências, disponibilizando os insumos necessários para contracepção e prevenção do HIV/AIDS.
- Incentivar os programas de reeducação dos autores de violência/agressores de mulheres vítimas de violência.

Para além das demandas e recomendações citadas, vale ressaltar que, para nós do MNCP, se faz necessário fortalecer e proteger o nosso SUS para que haja a garantia de uma assistência universal, integral e humanizada. Nesse momento de retrocessos como a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que congela os recursos nos próximos 20 anos em áreas fragilizadas e essenciais como a saúde e educação, flexibilidade nas leis trabalhistas, dentre outros retrocessos nas sociais no Brasil, é imprescindível a união entre os diversos movimentos de mulheres em sua diversidade e demais movimentos e ainda espaços de diálogo com parceiros governamentais e apoiadores para que continuemos nossa luta por assistência, respeito, dignidade e direitos de todas as mulheres vivendo com HIV/Aids.

XX – Contato do MNCP

E- mail**:** secretarianacionalmncp@gmail.com

Fanpage: https://www.facebook.com/cidadasposithivas/?ref=bookmarks#

Contatos da Secretaria Nacional:

Silvia Aloia – silviaaloia@yahoo.com.br

Heliana Moura – heliana1000@hotmail.com

Rafaela Queiroz – rafaelaqueiroz1491@gmail.com

XXI - Referências

ANDRADE, Carolina Silva de; ARAÚJO, Josemar Figueiredo. A dupla desvantagem da mulher com deficiência no mercado de trabalho. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVIII, n. 142, nov 2015. Disponível em:http://ambito-juridico.com.br/site/index.php/materias.asp?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=16565&revista_caderno=29Acesso em: 20/08/2018.

BEZERRA, A T A F. **HIV/AIDS e demais infecções sexualmente transmissíveis em população carcerária brasileira**: uma revisão sistemática. / Alice Taciana Alves Ferreira Bezerra, 2015.

BRASIL. Escola Virtual do Governo/Certificador: ENAP – Escola Nacional de Administração Pública. Conteudista: SNC/MDH – **Curso: Promoção e Defesa dos Direitos LGBT** – Módulos 1-5. Disponível em: <https://evg.gov.br/> acesso em 08/08/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **2ªConferência Nacional de Saúde das Mulheres.** Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/11nov23_pagina_inicial_converencia_saude_mulher.html> acesso em 30/08/2018.

BRASIL. **Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm> acesso em: 02/03/2017.

BRASIL. **Lei nº 11.343 de 27 de agosto de 2006**. Institui o **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas** - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas[...] Disponivel em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>. acesso em: 11/08/2018.

BRASIL. **Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015** – LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. acesso em: 20/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. In: **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas. Disponível em :** http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. acesso em 11/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Epidemia entre jovens**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/es/node/64425> acesso em: 10/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**, Brasilia-DF, v.4, n.1, jul./dez. 2014 –17ª a 53ª semana epidemiológica;.jan./jun. 2015 - 1ª a 26ª semana epidemiológica. Disponível em: www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf> acesso em 04/03/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Brasília, Ano V, n.1, Jul./Dez. 2016, Jan./Jun.2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017 . acesso em: 29/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. In: **Agenda Estratégica para a Ampliação de Acesso e Cuidado Integral das Populações-chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente transmissíveis.** Disponível em:<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/04/Minuta-Agenda-Estrategica-Populacao-Chave.pdf>. acesso em: 19/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que são IST.** Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist> acesso em 15/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Papiloma Virus Humano– HPV.** Disponível em: **<**http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/condiloma-acuminado-papilomavirus-humano-hpv> acesso em 15/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Plano Integrado de ENFRENTAMENTO da FEMINIZAÇÃO da Epidemia de Aids e outras IST.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2007/40376/vers_o_revisada_2011_20894.pdf**>,** acesso em: 20/02/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada.** Sumário Executivo, Brasilia-DF, p.27, 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-sumario-executivo . acesso em: 02/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.** Cadernos de Atenção Básica, Brasilia-DF, v.26, p.11, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>, acesso em: 02/02/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Redução De danos**. In: Guia estratégico para o Cuidado de Pessoas com necessidades relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas**.** Brasília, DF, p.39-42, 2015. Disponível em: < http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf> acesso em: 10/08/2018.

BRASIL. **Pauta Feminina: novos dados dimensionam a violência sexual contra a mulher com deficiência**. In: Agência Senado, dez 2017. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/12/07/pauta-feminina-novos-dados-dimensionam-a-violencia-sexual-contra-a-mulher-com-deficiencia. acesso em: 20/08/2018.

BRASIL. Secretaria Especial de Política para as Mulheres. **Saúde Integral da Mulher.** Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher>**,** acesso em: 02/03/2017

CARVALHO, H B; SOUZA, Maria do Socorro Pontes SILVA, Camila Rachel Lira ; SILVA, Eliz Rejane Vicente. **A JUVENILIZAÇÃO DO HIV/AIDS:** Um desafio na contemporaneidade.

DIAS, Adriana. In: CHEGA DE CAPACITISMO **Combatendo a discriminação baseada na deficiência,** nov 2012. Disponível em: <https://chegadecapacitismo.wordpress.com/2012/11/23/entenda-o-que-e-capacitismo/>. acesso em: 20/08/2018.

DISCRIMINAÇÃO e Preconceito. Disponível em:< https://www.significados.com.br/discriminacao/>, acesso em: 20/02/2017

FIOCRUZ. **SUS no Brasil**. Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/sus>. acesso em:12/02/2017.

FLAVIANE, M. **Prevenção câncer do colo de útero + imunização (HPV e dTpa)**. In: OFICINA DE SAÚDE INTEGRAL DE MULHERES ADULTAS COM HIV/AIDS, 1, 2015, Brasilia. **Anais...** Brasilia: Ministério da Saúde, 2015.

GÊNERO E NÚMERO, web revista (2016). **Dados Precários são Obstáculos para Avançar no Enfrentamento da Violência Doméstica.** Disponível em: <http://www.generonumero.media/precariedade-dos-dados-desafio-para-enfrentar-violencia-domestica/>. acesso em 01/09/2018.

HIV/AIDS e a visão. In: Hospital Rui Marinho. Disponível em: <http://hospitalruimarinho.com.br/blog/2016/12/06/hiv-aids-e-a-visao/>. Acesso em: 20/08/2018.

IKEDA, L. **Mulher X HIV.** In: ENCONTRO NACIONAL DO MNCP, 7., 2016, Porto Alegre-RS, **Anais…** Porto Alegre, 2016.

INCA. **Tipos de Cancer colo do utero/definição.** Disponível em: **<**http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_utero/definicao>, acesso em 10/08/2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência** Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm>. acesso em: 20/08/2018.

IPEA. Retrato das desigualdades de gênero e raça / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [et al.]. - 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011. 39 p. 07: il.

NOGUEIRA, S N B; AQUINO, T A; CABRAL E A. In: Dossiê: A Geografia dos Corpos das Pessoas Trans. Disponível em: < https://issuu.com/redetransbrasil/docs/redetransbrasil_dossier> acesso em: 08/08/2018.

PIO, A. **Brasileiros estudam danos do HIV no sistema nervoso**. Disponível em:<http://www.em.com.br/app/noticia/tecnologia/2013/05/11/interna_tecnologia,386073/brasileiros-estudam-danos-do-hiv-ao-sistema-nervoso.shtml>. acesso em: 29/11/2016.

PRIMEIRA geração com HIV enfrenta envelhecimento precoce. **VEJA, São Paulo,** 26 maio 2013. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/primeira-geracao-com-hiv-enfrenta-envelhecimento-precoce >. acesso em: 31/01/2017.

PROCLAMAÇÃO DE TEERÃ: **Conferência Internacional de Direitos Humanos.** Disponível em <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/**d**oc/teera.htm>**,** acesso em: 02/02/2017

RNP/BRASIL – **Declaração do consenso indetectável é igual a intransmissível: i=i**. Disponivel em:< http://www.rnpvha.org.br/indetectavel-igual-intransmissivel.html> acesso em: 15//08/2018.

TRIBUNE, H. **Criminalização do portador de HIV**. São Paulo: GIV, 2008. Disponível em: <http://www.giv.org.br/Not%C3%ADcias/noticia.php?codigo=1924> , acesso em: 02/03/2017.

UNAIDS BRASIL. Estatísticas. **Populações-Chave** Disponível em: <http://unaids.org.br/estatisticas/> acesso em: 18/08/2018.

UNAIDS BRASIL. **Estigma e Discriminação**. Disponível em: < http://unaids.org.br/estigma-e-discriminacao/>, acesso em 20/02/2017.

UNAIDS BRASIL. UNAIDS se opõe ao Projeto de Lei 198/2015. Disponível em: <http://unaids.org.br/2015/03/unaids-se-opoe-ao-projeto-de-lei-1982015/>, acesso em: 20/02/2017

UNESCO. AIDS: **o que pensam os jovens**. Brasília: UNESCO, 2002.88p. Disponível em: <http://unaids.org.br/biblioteca/AIDS%20o%20que%20pensam%20os%20jovens%20 acesso em: 10/08/2018.

UNFPA BRASIL. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento:** Plataforma de Cairo. p. 54. Disponível em <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>, acesso em : 02/02/2017.

UNFPA; EngenderHealth. In: **Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids.** Subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. Nova York e Brasília, DF, 2008.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional De Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p. 315-386.

Movimento Nacional das Cidadãs Positivas

E- mail: secretarianacionalmncp@gmail.com

Associação de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS do RS

E-mail: rsapvha@gmail.com

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) no Brasil

Telefone: (61) 3038-9217

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)

Telefone: (61) 2106-3500