MULHERES VIVENDO COM HIV NO CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL

Gabriela da Costa Oliveira[1]

Liliam dos Reis Souza Santos[2]

RESUMO

O objetivo do texto é abordar a particularidade de mulheres que vivem com HIV/AIDS (MVHIV) no Distrito Federal (DF), a partir de uma pesquisa documental das legislações públicas que normatizam a assistência à saúde para esse público, tendo como eixo orientador da pesquisa a influência do patriarcado e da divisão sexual de trabalho, na estruturação dessas políticas. Assevera-se que as questões de classe, gênero e raça/etnia quando somadas ao contexto das MVHIV ampliam suas vulnerabilidades. Os resultados encontrados foram a focalização da saúde na fase gravídica, prevenção da infecção e da transmissão vertical, não alcançando a integralidade das políticas de assistência e atenção às MVHIV. Conclui-se que, apesar dos avanços vindos com as políticas nacionais e distritais, elas ainda não atendem todas as MVHIV e que as políticas nacionais sofrem com o desafio de implementação da saúde, pelas interferências de políticas neoliberais e grupos conservadores que atacam as pautas sociais.

Palavras-chave: Mulheres. HIV/AIDS. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

The objective of the text is to discuss the particularity of women living with HIV/AIDS (WLHIV) in the Federal District (FD), based on a documentary research on public legislation that regulates health care for WLHIV, having as the guiding axis of the research the interference of patriarchy and the sexual division of labor in the structuring of these policies. It is asserted that the vulnerabilities of this audience are enlarged with issues of class, gender and race/ethnicity. The results were the focus of health in the pregnancy phase, prevention of infection and vertical transmission, not reaching the integrality of care policies and attention to WLHIV. It is concluded that, despite the advances coming with national and district policies, they still do not meet all WLHIV and that national policies suffer from the challenge of health implementation, due to the interference of neoliberal policies and conservative groups that attack social agendas.

Keywords: Woman. HIV/AIDS. Health Policies.

1 INTRODUÇÃO

[1] Universidade de Brasília; Assistente Social; gabriela@costaoliveira.com
[2] Universidade de Brasília; Doutora em política social; liliamsouza@gmail.com

A pretensão deste ensaio é refletir sobre mulheres que vivem com HIV/AIDS (MVHIV) no Distrito Federal (DF) por meio de uma pesquisa nos marcos documentais que regulamentam a política de saúde direcionada a este público específico. A pesquisa teve como eixo orientador a influência do patriarcado e das suas relações de dominação e opressão nessas políticas. E como tais influências tornam mulheres mais vulneráveis ao diagnóstico pelo HIV/AIDS, bem como as deixam mais suscetíveis a não inserção no tratamento.

Apesar do avanço de ações do Estado no enfrentamento do HIV/AIDS, por meio do Programa Nacional de DSTs/AIDS (PN DST/AIDS) e dos números de infecções na população masculina serem mais incidentes, as mulheres apresentam mais vulnerabilidades frente às consequências do HIV/AIDS por questões biológicas e estruturais (BASTOS, 2000).

Sob este fundo analítico e de acordo com o método crítico-dialético, o texto em tela aborda os processos históricos de dominação da mulher, a herança patriarcal e seus reflexos nas MVHIV do DF. Para tanto, o trabalho fez uma pesquisa documental e revisão de literatura das políticas de saúde do DF que englobam as MVHIV em busca de apreender se estas políticas abarcam as demandas sociais desse público.

2 PATRIARCADO E LUTA FEMINISTA

Com o advento da propriedade privada reconfiguraram-se as relações sociais, a organização da sociedade e, consequentemente, as relações de dominação sobre a mulher. Com a hegemonia do capitalismo, a divisão sexual do trabalho se evidencia, tornando-se um dos elementos que serviu para segmentar as relações sociais de sexo, aprofundando valores e crenças destinados ao homem e à mulher. (DURIGUETTO; CISNE, 2015).

Atrelado a esse processo, a categoria *patriarcado* foi se estruturando como sistema social em que os homens se destacam em relação às mulheres, assumindo condição de superioridade nas relações sociais (SAFFIOTI, 1976).

A mulher branca herdou a concepção de inferioridade, submissão, obediência e devoção à família e as atividades domésticas, contando com dupla desvantagem

social, a tradicionalidade na supremacia masculina e a marginalização das funções produtivas femininas (SAFFIOTI, 1976). Já para as negras esse processo se constituiu de forma ainda mais estigmatizada. Monteiro (1989) relata que durante a escravidão, as mulheres negras além de produtora dos bens materiais, eram reprodutoras de mão-de-obra e contribuíram economicamente para o aumento de escravos, pois, davam à luz aos filhos bastardos de seus donos. Enquanto à mulher branca restava o silêncio e o isolamento, a mulher negra era inexistente no processo de tomada da consciência de classe e gênero.

Logo, a opressão e dominação da mulher não é um fenômeno que nasce com o capitalismo. As contradições e a dinâmica de exploração desse sistema tornam-se mais complexas à medida que houve uma aliança indispensável com o patriarcado. De tal modo, a posição das mulheres obtém particularidades no capitalismo, a tradição, valores e crenças herdados acentuam a relação de desigualdade entre sexo nesse sistema. (SAFFIOTI, 1976; DURIGUETTO; CISNE, 2015).

Fazem parte desse processo de dominação o controle sobre o corpo da mulher como propriedade do outro; o controle da sexualidade feminina e sua associação ao papel da maternidade; e o modelo de boa mãe que historicamente definia a saúde física, mental e moral das mulheres. Essas são expressões de uma sociedade que valoriza as relações patriarcais e conservadoras, que atacam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. (SAFFIOTI, 1976; GUILHEM, 2005).

Logo, tem-se o descompasso político, econômico e social para as mulheres, que apenas com a luta feminista foi entendendo a dimensão da relevância da emancipação das mulheres em sua totalidade (DURIGUETTO; CISNE, 2015).

Em contexto brasileiro, a luta feminista enfrentou vários embates, decorrentes das influências da igreja que reforçava a estrutura conservadora, escravocrata, patriarcal e colonial (SAFFIOTI, 1976; PINTO, 2003; DURIGUETTO; CISNE, 2015). Mesmo assim, o movimento feminista contribuiu para a redemocratização do país, para a criação da Constituição Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM) que depois transformou-se na Política Nacional da Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) (PINTO, 2003).

Tais avanços foram significativos para o desenvolvimento de políticas de saúde para as mulheres que superassem a perspectiva materno-infantil, incluindo o direito reprodutivo e sexual. Ainda que avanços sejam perceptíveis na história do direito à saúde das mulheres, é necessário considerar que a legalização desses direitos não garantiu a sua implementação íntegra. Isso é notório pelo retrocesso na discussão da legalização do aborto, drogadição, condição de corpos femininos encarcerados, violência obstétrica, prostituição, a ênfase no período materno-infantil e a constante violência contra a mulher (SCAVONE, 2000).

3 O HIV/AIDS E AS MULHERES

Desde o seu descobrimento até a atualidade o HIV/AIDS afeta a vida de milhares de pessoas. Acredita-se que desde o início da epidemia aproximadamente 74,9 milhões de pessoas tenham sido infectadas pelo HIV no mundo, e que existam atualmente 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (UNAIDS, 2019).

No Brasil, o perfil epidemiológico identificado inicialmente colaborou com a formação do estereótipo de “câncer gay”, compreensão equivocada e preconceituosa. A infecção, então, foi conexa à orientação sexual e não ao ato sexual desprotegido. (BARBOSA; VILLELA, 1996; BASTOS, 2000).

Contudo, na última década é notável o grande aumento de casos por transmissão heterossexual. Entre 2007 e junho de 2018 foram notificados o total de 169.932 (68,6%) casos de HIV em homens e 77.812 (31,4%) casos em mulheres (BRASIL, 2018).

Apesar dos dados apresentarem maior incidência masculina, as mulheres, estão mais vulneráveis frente às consequências do HIV/AIDS. A despeito dos ganhos de direitos e políticas representativas e da crescente inserção das mulheres no mundo do trabalho, a pobreza e o aumento de casos de HIV/AIDS as atingem desigualmente. Por isso é necessário investigar os grupos mais vulneráveis à infecção, são elas as que fazem parte da população chave e prioritária[3]. Essas mulheres encontram-se em

[3] Fazem parte da população chave: gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras (es) sexuais e da prioritária as pessoas que apresentam aumento na vulnerabilidade pelos contextos históricos,

situação de maior vulnerabilidade à infecção, pois apresentam dificuldades em acessar tanto os métodos de proteção, quanto os de tratamentos. (BASTOS, 2000; RENESTO et al., 2014).

Outras problemáticas existem nesse contexto, como a vulnerabilidade de coinfecção do vírus e de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), a complexidade do uso do preservativo, a violência, o aumento de casos em jovens e a priorização das políticas de saúde na fase gravídico-puerperal, sendo questões que perpassam a desigualdade entre homens e mulheres (BARBOSA; VILLELA, 1996; VILLELA; BARBOSA, 2017).

Os ambientes dos serviços de saúde podem ser hostis para as mulheres. Questões como o desrespeito ao sigilo, a não transparência de informações, e estigma institucional são observadas nesses espaços, o que afeta o atendimento dessas mulheres e a própria percepção do HIV/AIDS. O espaço institucional pode enfatizar as desigualdades entre sexo, podendo ser traduzidos em espaços hierarquizados e opressores (RENESTO et al., 2014).

É necessário evidenciar também os efeitos psicossociais do diagnóstico de soropositividade nas mulheres. O medo da rejeição, da exposição, da transmissão vertical, da rejeição familiar e do parceiro sorodiscordante, sofrer violência e a auto culpabilização do diagnóstico são questões que assolam as mulheres desse contexto e dificultam o alcance e desenvolvimento de redes de apoio. A vulnerabilidade ao HIV somada com as condições do sistema socioeconômico, de opressão, submissão e crenças patriarcais e racistas vivenciadas, situações de violência, negligência institucional, discriminação e solidão configuram as múltiplas problemáticas que envolvem as MVHIV (RENESTO et al., 2014).

O Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST (2007) é de bastante relevância, visto que inclui um plano de ações contra o aumento de infecções do HIV/AIDS em mulheres. Entretanto, a estruturação da rede concentrando esforços de atendimento que contemplem as particularidades das

sociais e estruturais, fazem parte a população jovem, população negra, população indígena e população em situação de rua (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021b).

mulheres, as especificidades desse público e as expressões concretas do patriarcado ainda se mostram como um grande desafio.

Esse quadro tem sido aprofundado pelas constantes ameaças aos direitos humanos, sociais e à saúde pública, questões enfrentadas pelo contexto sociopolítico atual, em que neoliberais e neoconservadores ganham espaço no meio político trazendo retrocessos para a agenda dos direitos humanos e às respostas ao HIV/AIDS.

4 O HIV/AIDS NO DISTRITO FEDERAL

O DF é conhecido pela sua pluralidade cultural pois contou com a migração de várias pessoas em sua construção. Segundo um estudo da Companhia de Planejamento do DF (CODEPLAN) em parceria com o Instituto Veredas e com a Fundação Oswaldo Cruz entre julho de 2019 e maio de 2020, a média salarial das mulheres foi 25,3% menor que a dos homens (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2020). Esse dado, ainda que não explique diretamente a situação do HIV/AIDS entre mulheres do DF, esclarecem a realidade social e a situação de desigualdade de sexo e de classe, expondo o cenário que MVHIV se encontram.

Com relação às políticas de saúde voltadas às MVHIV, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) é responsável pela implementação, manutenção, organização de políticas públicas de saúde e do próprio SUS-DF. Atualmente são disponibilizados atendimentos e acompanhamentos para pessoas que foram expostas a ISTs em 08 unidades de Serviços de Atendimento Especializado em HIV/AIDS. Os serviços oferecidos são de UBS, policlínicas, farmácias do SUS, Hospital-Dia e Núcleo de Testagem e Controle (GÖTTEMS, 2019).

De acordo com o Documento de Situação Epidemiológica do DF, durante o período de 2014 a 2019, foram notificados 4.102 casos de HIV e 2.150 casos de AIDS. Segundo a SES/DF, esses dados apontam a redução dos casos de AIDS e aumento dos casos de HIV no DF, fato justificado pela maior adesão ao tratamento (SECRETARIA DE SAÚDE DO DF, 2020).

Entre 2013 e 2018, 80,7% das mulheres foram expostas a infecção por relações heterossexuais, demonstrando que a infecção de mulheres em sua maioria deriva do contato sexual com seu parceiro, sendo esse o principal canal de infecção (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2019).

Entre 2014 e 2019 houve queda de 36,8% de detecção de HIV em gestantes. Além disso, 48,5% das grávidas com HIV eram pardas. (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2020). Contudo, em relação a notificação de casos de HIV considerando todas as faixas etárias das mulheres, houve diminuição dos casos, exceto na de 50 a 59 anos, em que ocorreu um aumento de 5,9%, e na de 15 a 19 anos, em que não houve alteração (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2020). O aumento das notificações de casos de HIV em mulheres de 50 a 59 anos confere vulnerabilidade às mulheres dessa faixa etária.

5 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA MVHIV DO DF

As políticas de saúde de HIV/AIDS a nível federal são significativas para a construção da resposta para os seus agravos. Além disso, é por meio dessas políticas que se constituem ações a nível estadual, municipal e distrital. O impacto das ações do Estado frente ao aumento de casos femininos foi positivo, visto a diminuição do HIV/AIDS na maioria da população de mulheres (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010). Cabe aqui mencionar a PN DST/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/AIDS e Outras DST (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), a PNAISM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013 – 2015 (BRASIL, 2013).

As políticas que envolvem a notificação da transmissão vertical garantiram que muitas mulheres fossem diagnosticadas e inseridas no tratamento. O diagnóstico precoce contribuiu para salvar a vida de muitas crianças e das mães.

Por isso, entende-se que as políticas que envolvem a diminuição de transmissão vertical foram as principais ações do DF para as MVHIV, possibilitando o aumento de diagnósticos e a diminuição do adoecimento e mortalidade por doenças oportunistas. Logo, as grávidas e puérperas são mais incluídas nos serviços de

atenção à MVHIV e com maior acesso à Terapia Antirretroviral (TARV). Essas políticas se configuram de forma bem integrada e efetiva em seus objetivos, considerando a diminuição de casos, como observado nos boletins epidemiológicos, e a quantidade de políticas voltadas para esse público.

Entretanto, a assistência não é importante apenas para esse grupo ou apenas para evitar a transmissão vertical. É necessário considerar a singularidade das mulheres e suas demandas em diferentes ciclos e em diferentes corpos.

Apesar da grande abrangência das políticas de saúde de HIV/AIDS nacionais, as políticas do DF, em sua maioria, ainda apresentam a leitura focada nas demandas da reprodução feminina. As ações políticas são centralizadas na prevenção da transmissão vertical e no tratamento de grávidas e puérperas. Enquanto isso, outras questões das mulheres são minimizadas. Isso pode ser considerado influência da construção de uma saúde pública brasileira baseada na visão de saúde das mulheres vinculada ao processo reprodutivo, concentrando esforços na proteção à maternidade, e consequentemente, da criança (GUILHEM, 2005).

A assistência e o atendimento devem alcançar as mulheres em todos os seus ciclos de vida. Isso se mostra ainda mais importante quando analisados os dados encontrados, que demonstram um aumento de notificações de HIV em mulheres entre 50 e 59 anos, configurando a fase do climatério, questão não abordada entre as políticas do DF.

O I Plano Distrital de Políticas para as Mulheres (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2014) é notório, pela singularidade de incluir a atenção de mulheres e adolescentes HIV+ e seu mapeamento. Aborda ainda uma perspectiva de saúde que foge da visão técnica e voltada para medicalização, vinculando o sucesso da política de saúde à articulação de outras políticas públicas. As condições sociais interferem substancialmente no processo de adoecimento e qualidade de vida, principalmente se considerada a desigualdade de sexo, que perpassa a situação do DF.

Além disso, foram identificadas políticas de atenção à saúde das mulheres em situação de cárcere no DF. Isso significa que existe a busca pela inclusão de pelo menos um grupo estigmatizado da população de mulheres na questão do HIV/AIDS. Entretanto, ainda é possível perceber a centralidade das ações na prevenção da

infecção de mulheres em situação de cárcere e na atenção às gestantes nesse contexto.

O PNAISM (2004) teve muita importância ao incluir múltiplas mulheres, impactando na criação de outras políticas nacionais que incorporam a questão. Juntamente com o PN-DST/AIDS (1999) e o Plano de Feminização (2007), auxiliou na inclusão da prevenção e controle do HIV/AIDS, como pode ser visto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (MINISTERIO DA SAUDE, 2014), a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2013) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2007). O reflexo dessas políticas foi o aumento da testagem feminina, embora as ações se concentrem na atenção à prevenção da infecção.

Mesmo que dados do HIV/AIDS não tenham sido encontrados, as notificações de PVHIV no DF entre 2014 e 2019 estão entre pardos, que junto aos pretos representam a maior concentração de casos na população negra do DF (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2020). Dados gerais sobre mulheres negras HIV+ que não estivessem no período gravídico não foram encontrados entre os documentos apresentados. Pessoas negras se enquadram como um público que possui demandas específicas de atenção à saúde devido às condições sociais e étnicas/raciais que estão inseridas, ainda mais quando colocado as mulheres negras que se encontram em dupla vulnerabilidade (LÓPEZ, 2011).

Sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2013), os padrões heteronormativos e a heteronormatividade compulsória, invisibilizam as políticas de prevenção e assistência a mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (MELLO et al, 2011).

Sobre o documento de análise do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/AIDS e Outras DST (2007), são mencionadas as condições das mulheres privadas de liberdade. Esse público é afetado de forma recorrente por doenças infectocontagiosas, resultado de uma estrutura física precarizada e números insuficientes de profissionais disponíveis para atendimento, influenciando o acesso à saúde, agravando o processo de adoecimento dessas mulheres e corroborando para

uma atenção à saúde da MVHIV em situação de cárcere menos efetiva (ARAUJO et al, 2020).

Além dessas mulheres, não foram encontradas ações específicas para a saúde das mulheres em situação de rua, indígenas e prostitutas. É importante reconhecer que essas são mulheres estigmatizadas quando inseridas no contexto do HIV/AIDS, pela ausência do amparo e acesso de políticas públicas no geral.

A implementação de uma saúde integral das mulheres, ainda se faz pelas abordagens focalizadas nos aspectos biomédicos. A dificuldade de contextualizar as mulheres em suas relações de sexo, classe, raça/etnia, a heteronormatividade como questão predominante, questões estruturais e de qualidade precárias nos serviços de saúde, criam obstáculos no acesso (SANTANA, 2019).

Isso é relatado pela análise da situação atual e proposta de monitoramento do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTS, que aborda sobre ações insuficientes e que não abrangem o estigma, preconceito e sexualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Além disso apresentado, as especificidades psicossociais da MVHIV, o impacto da pandemia da COVID-19, a coinfecção e a violência, são questões que superam a pauta da transmissão vertical.

No contexto do DF a dimensão das políticas de saúde teve impacto positivo para diminuição de casos em mulheres. A testagem e diagnóstico positivos contribuem para a inserção de muitas mulheres HIV+ nos serviços de saúde, entretanto não aprofunda a situação das mulheres já infectadas, sendo essa uma barreira para construção de uma atenção mais integrada desse público.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de ações de políticas da saúde do DF que atendem às mulheres HIV+ tem como base referencial as políticas nacionais. Entretanto, o que se destaca é a saúde voltada para políticas de prevenção da infecção, não abrangendo o acesso das mulheres às políticas de assistência no pós-diagnóstico. Deve-se superar a medicalização como forma principal de atenção, ainda mais em contexto de não

gravidez e puerpério. Além disso, as mulheres em seus diversos ciclos de vida e em suas especificidades não aparecem nas políticas de saúde do DF. Entendendo que as mulheres que se encontram na população chave e prioritária do HIV/AIDS são as que mais apresentam vulnerabilidades e as que mais são invisibilizadas no acesso à saúde pública, é necessário buscar uma saúde integral e pautada na equidade através da cobrança e implementação das políticas públicas de saúde já existentes.

Além disso, se faz necessária a interlocução de estudos sobre a vivência de MVHIV e as desigualdades de classe e raça, assim como os aspectos psicossociais que participam do processo saúde-doença, visto que existe um processo de sucateamento da saúde pelos discursos conservadores que atacam os avanços das pautas de gênero, sexualidade e reprodução, e ações políticas neoliberais que visam cada vez mais a privatização da saúde pública.

Isso impacta na implementação de ações políticas em instituições de saúde que se localizam em espaços marginalizados, como as RAs que se encontram mais afastadas do centro de Brasília. Esses espaços que se configuram como periferias são regiões com maiores dificuldades de acesso à saúde pública de qualidade, com infraestrutura precarizada, superlotação e insuficiência no número de profissionais capacitados, refletindo na atenção tanto às mulheres no geral quanto às mulheres HIV+.

Os limites das políticas de saúde para MVHIV no DF se constituem pelas constantes contrarreformas das políticas sociais e desmoralização dos ganhos advindos da constituição de 1988, como a visão da saúde das mulheres em suas demandas singulares, coletivas e diversas pautada na saúde integralizada, universalizada, inclusiva, interdisciplinar, descentralizada, intersetorial e democratizada.

O atendimento às MVHIV no DF é desafiador e novos protocolos de atendimento que considerem outras particularidades do processo saúde-doença no viver com HIV/AIDS são necessários para uma atenção mais integral a essa população. As abordagens profissionais devem considerar os aspectos críticos dos contextos socioeconômicos, biológicos e psicossociais das mulheres. Também devem buscar a interdisciplinaridade e intersetorialidade, tendo como prisma as questões de

sexualidade e gênero durante o processo de diagnóstico, tratamento, assistência e prevenção de HIV/AIDS. Esse processo é possível apenas pela constante luta pela implementação do SUS.

Na atualidade é notória a influência e impacto do movimento feminista na sociedade, que possibilitou às mulheres hoje em dia o usufruto de sua liberdade e direitos civis resguardados legalmente pela constituição. Entretanto, todos os avanços do feminismo não foram suficientes para acabar com o sistema do patriarcado. As mulheres ainda são afetadas pelas relações de sexo, desvalorização dos direitos sexuais e reprodutivos, violência contra a mulher e o alto índice de feminicídio. Além disso, a abertura para pauta das mulheres HIV+ no movimento feminista existe, entretanto, é barrada pelo medo do estigma de se autoafirmar MVHIV, reflexo da sorofobia e machismo. Em contraposição a essas práticas, o trabalho busca contribuir para uma política de saúde das mulheres mais integralizada, a incrementação da luta feminista das mulheres HIV+, assim como no enfrentamento da sorofobia feminina, buscando assim a emancipação desse grupo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Moziane Mendonça; MOREIRA, Aparecida da Silva; CAVALCANTE, Edilma Gomes Rocha; DAMASCENO, Simone Soares; DE OLIVEIRA, Dayanne Rakelly; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou. Assistência à saúde de mulheres encarceradas: análise com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, p. 1-7, 2020.

BARBOSA, Regina Maria; VILLELA, Wilza Vieira. A Trajetória Feminina da AIDS. *In:* PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. **Quebrando o Silêncio:** Mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 1996.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro. A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS**, v. 3, p. 1-27, 2000.

BRASIL. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. E a população prioritária para o HIV? Site do Governo do Brasil, 2021a.
Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/21-e-populacao-prioritaria-para-o-hiv
Acesso em: 8 de julho de 2021.

BRASIL. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. O que é população-chave para o HIV? Site do Governo do Brasil, 2021b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/faq/20-o-que-e-populacao-chave-para-o-hiv Acesso em: 8 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. AIDS Boletim epidemiológico. Brasília, v.49, n.53, jul, 2017/set, 2018. 2018. ISSN 1517-1159. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018 . Acesso em: 20 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 13 de junho de 2021

BRASIL. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013 a 2015.** Brasília, 2013. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf. Acesso em: 30 de junho de 2021.

DURIGUETTO, Maria Lúcia; CISNE, Mirla. Feminismo e Radicalização da Democracia: desafios em tempos de recrudescimento do conservadorismo no Brasil. **SER Social**, v. 17, n. 36, p.13-30, 2015.

GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; ALMEIDA, Marilza Oliveira de; RAGGIO, Armando Martinho Badou; BITTENCOURT, Roberto José. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1997-2008, 2019.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria da Mulher. **I Plano Distrital de Políticas para Mulheres.** Brasília, 2014. Disponível em: http://www.mulher.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/I-Plano-Distrital-de-Pol%C3%ADticas-para-as-Mulheres.pdf. Acesso em: 20 de julho de 2021.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Economia do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Promoção da igualdade de gênero no trabalho**. Brasília: Companhia de Planejamento do Distrito Federal, 2020. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Promo%C3%A7%C3%A3o-da-igualdade-de-g%C3%AAnero-no-mercado-de-trabalho.pdf. Acesso em 15 de julho de 2021.

GUILHEM, Dirce. **Escravas do risco:** bioética, mulheres e aids. Brasília: Edu Coedição Finatec, 2005

LÓPEZ, Laura Cecilia. Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 590-603,
2011.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 9, p. 7-28, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTS: Análise da situação atual e proposta de monitoramento**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf. Acesso em: 02 de julho de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano integrado de enfrentamento à feminização da epidemia de Aids e outras DST**. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_epidemia_aids_dst.pdf. Acesso em: 19 de junho de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 18 de junho de 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 19 de junho de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS**: Princípios, Diretrizes e Estratégias. Brasília, 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf. Acesso em: 13 de junho de 2021.

MONTEIRO, Marília Pessoa. A mulher negra escrava no imaginário das elites do século XIX. **CLIO**, v. 12, n. 1, p. 93-102, 1989.

PINTO, Céli Regina J. Uma história do feminismo no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

RENESTO, Helana Maria Ferreira; FALBO, Ana Rodrigues; SOUZA, Edvaldo; VASCONCELOS, Maria Gorete. Enfrentamento e percepção das mulheres em relação à infecção pelo HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 36-42, 2014.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **As mulheres na sociedade de classes: mito e realidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1976.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges; SILVA, Geslaney Reis; NERY, Adriana Alves; FILHO; Ismar Eduardo Martins; VILELA, Alba Benemérita Alves. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 61, p. 135-141, 2019.

SCAVONE, Lucila. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. Estudos de Sociologia, v. 5, n. 9, p. 1-18, 2000.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Informativo Epidemiológico de HIV/Aids, 2019**, nov. 2019. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/05/INFORMATIVO-AIDS-2019_PUB.pdf. Acesso em: 15 de junho de 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica do HIV e da Aids no Distrito Federal de 2014 a 2019. Distrito Federal**, n. 1, dez 2020. Disponível em: http://saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/11/Boletim_-Epidemiologico_HIV_AIDS_2020.pdf. Acesso em: 19 de junho de 2021.

UNAIDS. Relatório Informativo-Dia Mundial contra AIDS 2019: Estatísticas globais sobre HIV, 2019. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/07/2019_UNAIDS_GR2019_FactSheet_pt_final.pdf. Acesso em: 19 de junho de 2021.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia**. Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p.87-96, 2017.