



Universidade de Brasília - UnB

Faculdade de Saúde - FS

Departamento de Saúde Coletiva - DSC

Gestão em Saúde Coletiva

**ANÁLISE CRÍTICA DO “PLANO DE ENFRENTAMENTO
DA FEMINIZAÇÃO DE AIDS”**

FERNANDA CAMPELO ROSA

Brasília/DF

Junho de 2015.

FERNANDA CAMPELO ROSA

10/0100775

**ANÁLISE CRÍTICA DO “PLANO DE ENFRENTAMENTO
DA FEMINIZAÇÃO DE AIDS”**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Faculdade de Saúde como
requisito final do curso Gestão em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília
(UnB).

Orientadora:

Prof. Dr^a. Daphne Rattner

Brasília/DF

Junho de 2015.

FERNANDA CAMPELO ROSA

**ANÁLISE CRÍTICA DO “PLANO DE ENFRENTAMENTO
DA FEMINIZAÇÃO DE AIDS”**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Faculdade de Saúde como
requisito final do curso Gestão em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília
(UnB).

Brasília, Junho de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daphne Rattner

Examinador: Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann

RESUMO

Desde o primeiro caso registrado do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), em 1981, a taxa de detecção de pessoas que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) tem aumentado com o passar dos anos, tornando-se uma pandemia. Segundo estudos epidemiológicos, houve aumento progressivo dos casos em mulheres, sugerindo uma possível feminilização da epidemia de HIV/Aids. O objetivo desta pesquisa é analisar o “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST”, verificar os indicadores envolvidos nas metas estratégicas e a identificar quais atividades nele previstas foram executadas. Para coleta de dados foi feita pesquisa em bancos de informações públicas e também entrevistas com informantes-chave a respeito das atividades desenvolvidas no contexto da Gestão e Saúde Pública.

Palavras-chave: Epidemia; HIV/Aids; Avaliação em Saúde; Promoção da Saúde;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	8
3. MÉTODO	9
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
APÊNDICE I	45
APÊNDICE II	46
ANEXO I	47
ANEXO II	49

1. INTRODUÇÃO

Desde o primeiro caso registrado do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), em 1981, a taxa de detecção de pessoas que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) tem aumentado com o passar dos anos, tornando-se uma pandemia. Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do Ministério da Saúde (2014) o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais estima aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Dessa forma, o HIV/Aids é uma das maiores preocupações para a Saúde Pública, que divulga anualmente o quadro alarmante de novos casos (BRASIL, Ministério da Saúde. 2014, p. 11).

“Dos 362.364 casos notificados no Brasil ao Ministério da Saúde (MS), de 1980 até junho de 2004, 69,3% foram verificados em homens e 30,7% em mulheres, com aumento progressivo entre as mulheres” (BARROSO & GALVÃO, 2007, p. 464). Estes números justificam as Políticas e os Programas de atenção voltados tanto para a Saúde da Mulher quanto para controle da epidemia, tendo em vista o aumento das notificações de casos de HIV/Aids em mulheres.

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST – a partir de agora referenciado como Plano de Enfrentamento – representa a consolidação de uma política intersetorial, entre a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher, e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA/Brasil) para o enfrentamento da epidemia e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres (BRASIL, Ministério da Saúde. 2007a, p. 8).

Este Plano de Enfrentamento estabelece a contextualização do cenário do HIV/Aids nacional e internacionalmente no ano de 2007, ano de publicação, de forma a justificar a importância do tema para a Saúde Pública do Brasil e, ao fim, apresenta 12 metas (em Anexo) que visam a redução do crescente número de casos em mulheres.

A avaliação tem sido cada vez mais considerada como prática importante quando se busca a melhoria na qualidade das ações e serviços de saúde, pois é através

desta que se tem a retroalimentação do alcance das ações e os ajustes táticos necessários das estratégias implementadas (CAMPOS *et al*, 2010, p. 83). Com base nas ações de *feedback*, torna-se relevante discutir a respeito do processo de monitoramento e avaliação, algo que não foi apresentado pelos autores no Plano de Enfrentamento, especialmente se for considerado que após 8 anos da sua publicação as metas estratégicas propostas ainda não foram analisadas.

Dessa forma, o objetivo da pesquisa é analisar o “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST” do Ministério da Saúde e verificar o alcance das metas propostas. A pesquisa é o produto final de graduação – Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – em Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

2. OBJETIVOS

a. Objetivo Geral

Analisar o “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST” publicado em 2007 pelo Ministério da Saúde.

b. Objetivos Específicos

- Analisar a estrutura de elaboração do Plano de Enfrentamento;
- Verificar o alcance das metas propostas pelo Plano;
- Identificar quais atividades do Plano de Ação foram executadas.

3. MÉTODO

- **Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com método misto, qualitativo e quantitativo, que se propõe a analisar o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.

- **Coleta e Análise de Dados**

A análise foi dividida em duas fases:

- **Fase 1:** Análise da estrutura do Plano de Enfrentamento para verificar se contempla as etapas de formulação de Planos de Ação, a partir de referencial teórico específico.

- **Fase 2:** Análise dos indicadores referentes às metas estratégicas propostas e identificação das ações executadas.

Para a “Fase 2” foram utilizados diferentes instrumentos de coleta, específicos para cada uma das metas discutidas individualmente e apresentadas a seguir:

- *Metas 1 e 2*

- Metas referentes à redução da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita.

Foram utilizados como fonte de dados secundários: o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids dos anos 2007 e 2014 e o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2012, ambos sendo informativos do Ministério da Saúde. A análise foi feita com dados dos anos de 1982 a 2013, para transmissão vertical do HIV/Aids, e de 2000 a 2013 para sífilis congênita, devido à disponibilidade das informações.

- *Metas 3, 4, 5, 9 e 12*

- Metas 3, 4, e 5 referem-se às Redes de Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência.
- Metas 9 e 12 estão direcionadas à distribuição de preservativos, tanto em escolas públicas de ensino médio quanto em todo o Sistema de Saúde.

Foram feitas entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave que participaram da elaboração do Plano de Enfrentamento no ano de 2007 e, ainda hoje, atuam no Ministério da Saúde. Um informante-chave faz parte da Área Técnica de Saúde da Mulher e três são integrantes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. De início estavam previstas duas entrevistas com apenas dois informantes, mas no decorrer do processo foram acrescentados mais dois, totalizando quatro informantes-chave para subsidiar a discussão sobre Políticas Públicas de Saúde e Gestão.

- Metas 6, 7 e 8

- Metas direcionadas a auto-relato a respeito de medidas preventivas de HIV e outras DST.

Foram utilizados como fontes os informes da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) publicados em 2004 e 2008.

- Metas 10 e 11

- Metas 10 e 11, relacionadas à ampliação do conhecimento e diagnósticos sobre sexualidade e reprodução de mulheres com HIV, a partir do estabelecimento de linha de base.
- Foi feita pesquisa online, utilizando palavras-chaves no buscador de internet para localizar as pesquisas de linha de base estabelecidas a nível local. As palavras utilizadas foram: "*avaliação*", "*plano de feminização*", "*HIV*" e "*Aids*".

- **Considerações Éticas**

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP para autorização das entrevistas com os informantes-chave. Para atestar o consentimento dos participantes, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo modelo encontra-se em anexo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST” representa a consolidação de uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres através da integração entre a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, o Ministério da Saúde– por meio do Programa Nacional de DST e Aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher – e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA/Brasil) (BRASIL, Ministério da Saúde. 2007a, p. 8).

Os autores apresentam dados que justificam a implementação das ações propostas. No cenário internacional, em 2007 – ano em que o Plano foi elaborado – na África Sub-Saariana, 59% da população total era de mulheres adultas vivendo com HIV; no Caribe, 51% da população adulta que vivia com HIV eram mulheres; estimava-se que 90% das pessoas vivendo com HIV, no mundo, não sabiam que estavam infectadas e menos de 10% das gestantes haviam feito o teste de detecção da doença.

Já no Brasil, os dados a respeito da epidemia estavam representados em um cenário onde “a razão de sexos de novos casos vem diminuindo sistematicamente, passando de 26,5 homens por mulher, no ano de 1985, para 1,5 homens por mulher em 2005” (BRASIL, Ministério da Saúde. 2007b, p. 10).

O principal desafio social e programático a ser considerado, colocado pelo Plano de Enfrentamento, é o de “traduzir as soluções para a superação dos diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids em ações concretas que assegurem o acesso a métodos de prevenção disponíveis no Sistema de Saúde” (BRASIL, Ministério da Saúde. 2007a, p. 13).

Torna-se importante mencionar que, no ano de 2009, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST passou por revisão e manteve o foco na importância de integração entre as áreas de educação, prevenção e promoção da saúde juntamente com as Políticas de Saúde da Mulher. As metas também foram revisadas e outras dez foram acrescentadas. Tal revisão não foi publicada no site oficial do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (www.aids.gov.br), nele não

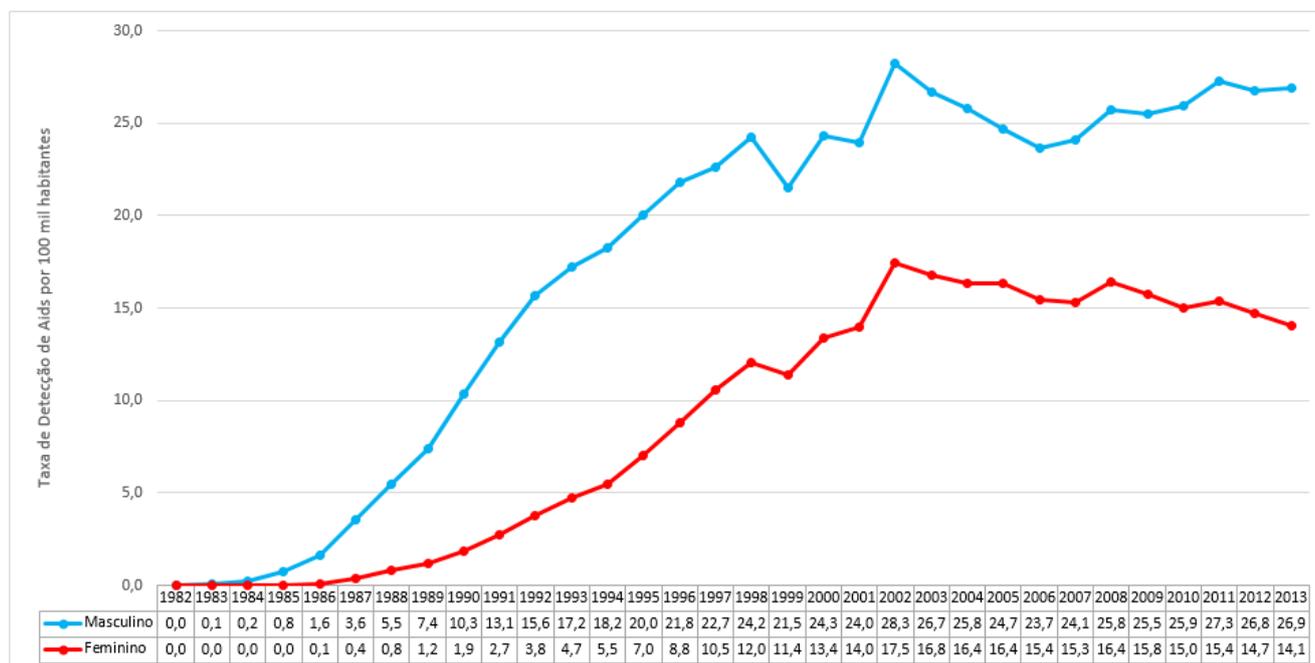
consta a logomarca do Ministério da Saúde e o nome dos autores que colaboraram na revisão também não são mencionados.

Em 2010, a consultora Wilza Vieira Villela fez avaliação do Plano de Enfrentamento revisado e elaborou um relatório com o mapeamento da situação das ações previstas. “A interpretação dos dados considerou as ações do nível federal de gestão, a dinâmica do setor saúde em cada estado e a inserção das coordenações de DST/Aids nos organogramas das Secretarias Estaduais de Saúde. Os resultados mostram que todas as ações de responsabilidade do gestor federal essenciais para o desenvolvimento do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST, em âmbito estadual, estão em andamento” (VILLELA, 2010, p. 3). Esse relatório de consultoria também não está publicado no site oficial do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, mas pode ser encontrado no site do Fundo de População das Nações Unidas (www.unfpa.org.br). Tanto a versão revisada do Plano de Enfrentamento quanto a consultoria representam importantes desdobramentos para o Plano de Enfrentamento inicial, mas tais documentos não serão tratados neste estudo, pois o foco de discussão concentra-se apenas na publicação do Plano de 2007.

Fase 1: Avaliação Geral do Plano

A primeira discussão relevante a ser feita trata-se da utilização do termo “feminização”. Segundo Yannoulas (2011), o termo feminilização está relacionado a um significado quantitativo, ou seja, “refere-se ao aumento do peso relativo do sexo feminino na composição de algo”; e a feminização refere-se a um significado qualitativo, isto é, “está ligada às transformações de determinada composição vinculadas à imagem simbólica do feminino. O segundo significado inclui e expande o primeiro, sendo ambos diferentes, porém, complementares” (YANNOULAS, 2011, p. 283). O Gráfico 1, a seguir, demonstra a taxa de detecção de Aids por 100 mil habitantes do ano de 1982 a 2013.

Gráfico 1. Taxa de detecção de Aids (por 100.000 habitantes) notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no Siscel por sexo, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1982-2013



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS, 2014.

O Plano de Enfrentamento refere-se à epidemia de HIV/Aids de forma quantitativa, ou seja, analisa especificamente o aumento do número de novos casos em mulheres. De acordo com o gráfico acima, percebe-se o crescimento dos novos casos em mulheres desde 1982, mas a partir de 1994 verificou-se um aumento proporcional, em ambos os sexos, da taxa de detecção por 100 mil habitantes de Aids até 2007. Após o ano de 2008 é possível verificar uma diferença no número de novos casos: no sexo masculino a taxa de detecção seguiu aumentando, mas no sexo feminino passou a cair. Pode-se relacionar essa redução de casos em mulheres ao incentivo de políticas públicas voltadas para a Saúde da Mulher, como a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” com o plano de ação de 2004 a 2007; o próprio “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”; e os programas e ações municipais que são desenvolvidos a partir das políticas federais já existentes.

Segundo um dos informantes-chave, não é correto afirmar que houve uma feminização dos casos de HIV/Aids no Brasil, pois no início da epidemia, a doença se concentrou na população masculina, mas com o tempo, já era esperado o aumento de

casos também em mulheres, visto que a relação sexual é a principal forma de transmissão do vírus:

“A Aids começou como uma epidemia gay, depois a gente foi dizendo: ‘Ah, a Aids se feminizou, a Aids se modernizou, a Aids se interiorizou...’ e isso não é verdade, a Aids é uma doença que se espalhou pelo país como um todo, então claro que ela iria passar para as mulheres, claro que ela iria pro interior, claro que ela iria pegar as pessoas pobres. É um fenômeno natural. Não que ela aumentou mais nas mulheres, não que ela aumentou mais no interior, não que ela aumentou mais nos pobres, ela apenas se espalhou e do ponto de vista epidemiológico foi pro país e pro mundo como um todo.”

(Informante-Chave D)

O Plano de Enfrentamento discute que, no cenário internacional, na África Sub-Saariana e no Caribe o número de casos de mulheres vivendo com HIV/Aids já é maior que em homens, e nesses casos se aplicaria o termo feminização. Talvez os autores do Plano de Enfrentamento tenham utilizado o mesmo termo para caracterizar a epidemia no Brasil por supor que, seguindo a tendência internacional, o número de casos no sexo feminino também ultrapassaria o sexo masculino, conforme ocorreu nesses dois países.

No ano de 2001 - seis anos antes da publicação do Plano de Enfrentamento - alguns, como Francisco Bastos, já discutiam uma possível feminização da epidemia de Aids no país; ele apresenta uma "análise de determinantes estruturais que justificam o gênero feminino como mais vulnerável" (BASTOS. 2011, p. 10). Todavia, como no Brasil o número de casos em mulheres não alcançou o de homens, sugere-se que a utilização do termo “feminilização” seria mais conveniente para caracterizar apenas de forma quantitativa a epidemia de HIV/Aids.

Outra discussão pertinente a ser feita refere-se à estrutura de um Plano de Ação. Segundo Campos *et al*, “Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos” (CAMPOS *et al*, 2010, p. 20). De maneira geral, o planejamento é feito de forma a alcançar objetivos estabelecidos previamente a partir da análise de uma situação atual e progressa.

De acordo com Matus (1993), o planejamento estratégico está sistematizado, sob o ponto de vista metodológico, em quatro fases: a. análise do problema; b. explicação do problema; c. desenho de intervenção; e d. momento tático-operacional (MATUS, 1993, p. 7). No Plano de Enfrentamento os autores descrevem as duas primeiras fases do planejamento de forma bem contextualizada, apontando o cenário do aumento de casos de HIV/Aids no Brasil nesse ano de 2007 e apresentam como população de risco o gênero feminino.

O terceiro momento do planejamento, desenho da intervenção, é proposto a partir de 12 Metas Estratégicas para intervir na situação atual do crescente número de novos casos de HIV/Aids detectados em mulheres. O Plano identifica causas críticas que vulnerabilizam as mulheres perante a epidemia de HIV/Aids, apontando: 1. Mulheres com outras DST; 2. Mulheres que sofrem violência sexual ou doméstica; 3. Mulheres de etnia negra e indígenas, por estarem expostas ao preconceito e racismo e, conseqüentemente, à violência social; 4. Adolescentes e jovens, devido a costumes e comportamentos que as deixam vulneráveis sexualmente, como o não uso de preservativo; 5. Mulheres em situação de pobreza; 6. Usuárias de drogas, principalmente drogas injetáveis; e 7. Violação dos direitos humanos das mulheres. O desenho da intervenção visa modificar essa determinação do adoecimento em mulheres.

Ao final do Plano de Enfrentamento, são sugeridas atividades de intervenção e os respectivos atores sociais – executores – para o alcance das metas propostas. Para que haja sucesso na implantação das ações é preciso que o desenho de intervenção esteja apresentado de forma simplificada e clara. Os autores relatam de forma muito ampla quais são os executores de cada atividade. Por exemplo, na maioria das ações propostas, o responsável é o próprio Ministério da Saúde ou as Secretarias de Saúde, mas não é mencionado de forma específica qual área do MS se responsabilizará efetivamente pela execução da ação. Em vista disso, é possível supor que, como as atribuições não foram adequadamente relacionadas aos seus agentes responsáveis, o alcance das metas pode ter sido comprometido.

Por fim, a quarta etapa de elaboração do planejamento estratégico está relacionada com a aplicabilidade das ações propostas no plano de intervenção, estabelecendo instrumentos para o monitoramento e a avaliação de cada uma das ações,

etapa não disponível no “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST”.

A seguir, serão analisadas e discutidas individualmente as metas propostas, no sentido de complementar essa lacuna.

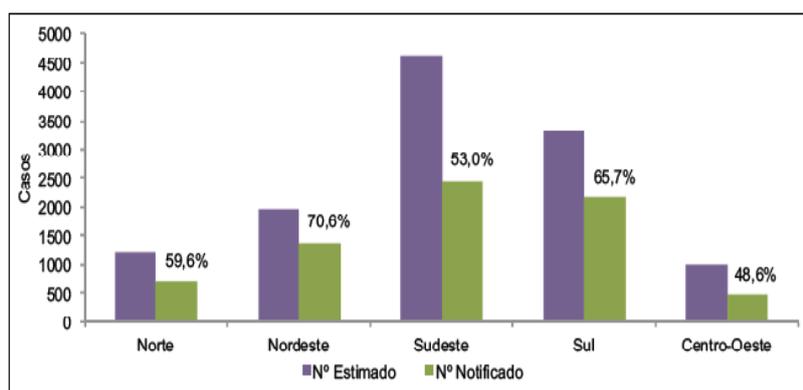
Fase 2: Análise do Alcance das Metas

- **Meta 1:** *"Ter reduzido, até 2008, a taxa da transmissão vertical do HIV de 4% para menos de 1%."*

A Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde é uma das responsáveis por desenvolver programas e ações para a prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. Tais medidas são de extrema importância ao analisar a feminilização da epidemia desde a década de 80, conforme abordado anteriormente.

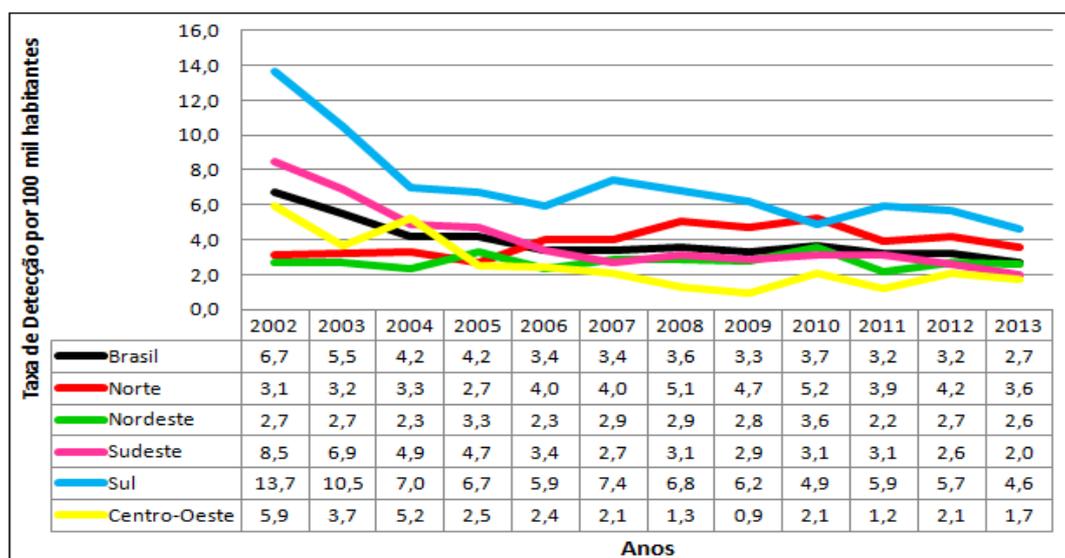
A Portaria nº 993/2000/GM/MS altera a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e inclui, nesta lista, a notificação obrigatória de Infecção pelo HIV em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV (BRASIL, Ministério da Saúde. 2000).

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids (2014), "no Brasil, desde 2000 até junho de 2014, foram notificadas 84.558 gestantes infectadas com o HIV, a maioria delas residente na região Sudeste (41,1%), seguida pelas regiões Sul (31,1%), Nordeste (15,4%), Norte (6,6%) e Centro-Oeste (5,8%)" (BRASIL, Ministério da Saúde. 2014, p. 9). Por ano são esperados, aproximadamente, 12 mil casos de gestantes com HIV, segundo a estimativa de prevalência de HIV em parturientes. A partir dessa informação, em 2013, a região Nordeste apresentou maior percentual de casos notificados em relação ao número esperado, 70,6%; seguida pelo Sul com 65,7%; Norte com 59,6%; Sudeste com 53%; e Centro-Oeste com 48,6% dos casos esperados (BRASIL, Ministério da Saúde. 2014, p. 9), conforme o Gráfico 2.

Gráfico 2. Número de casos de HIV em gestantes esperados e notificados, segundo Região, 2013.

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SINAN; MS/DASIS/SINASC

Para discutir a “Meta 1”, a taxa de detecção em menores de cinco anos tem sido utilizada como indicador *proxy* (indireto; por aproximação) para avaliar a transmissão vertical do HIV. Observou-se uma tendência de redução significativa dos casos no Brasil nos últimos 12 anos, caindo de 6,7 para 2,7 a cada 100 mil habitantes de 2002 a 2013. As regiões que apresentaram maior redução da taxa foram, em ordem decrescente, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste. Apenas a região Norte apresentou um aumento quase insignificante da taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos. (Gráfico 3)

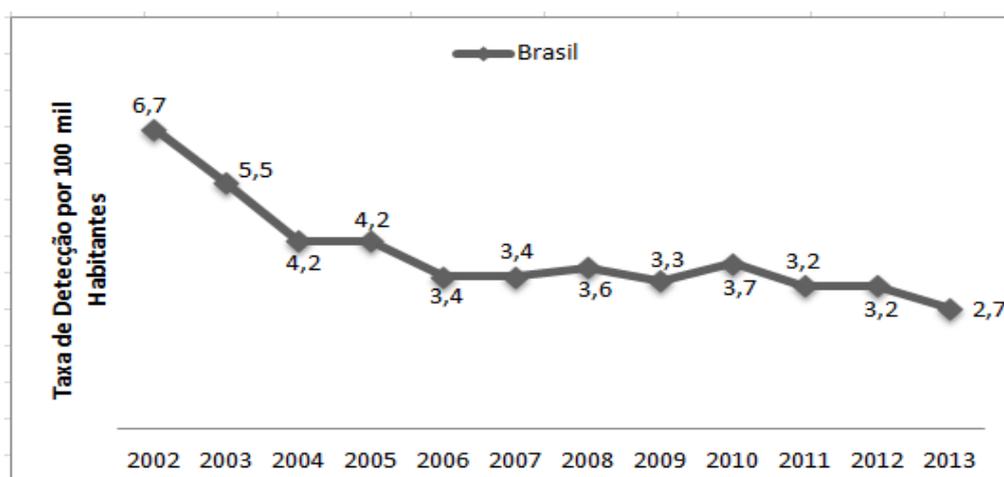
Gráfico 3. Taxa de Detecção de Aids (100 mil habitantes) em menores de cinco anos de idade notificados no SINAN, declarados no SIM e registrado no Siscel/Sisclo segundo Região. Brasil, 2002 a 2013

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV).

A taxa de casos de Aids em menores de cinco anos reduziu-se do ano de 2002 a 2013, mas não atingiu a meta estabelecida pelos autores do Plano de Enfrentamento, que idealizaram redução de 4% para 1% em 2008. É pertinente ressaltar que os autores não definiram qual o ano do ponto de partida da meta e, sendo assim, para esta análise, foi utilizado o ano de 2005 como ano base, visto que é o ano onde a taxa de detecção de Aids esteve mais aproximada de 4%, conforme o Gráfico 4.

Dessa forma, entende-se que a meta propõe queda da transmissão vertical do HIV de 4,2% do ano de 2005 para menos de 1% até o ano de 2008. Tal meta não foi alcançada, visto que em 2008 a taxa de detecção estava de 3,4 a cada 100 mil habitantes, evidenciando uma redução de 0,8 no período de referência.

Gráfico 4. Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes) em menores de 5 anos. Brasil, 2002 a 2013.



Fonte: MS/ SVS/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Estabelecendo comparativo dos anos anteriores e posteriores à publicação do Plano de Enfrentamento, em 2007, é possível identificar que no primeiro período – do ano de 2002 a 2007 – houve uma redução significativa da taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos, caindo 3,3 a cada 100 mil habitantes. Já no segundo período de comparação – de 2007 ao ano de 2013 – verificou-se uma redução de apenas 0,7 de casos neste público-alvo. Chama a atenção que do ano de 2006 a 2010 houve uma quase “estabilidade” no número de casos registrados e a partir de 2010 os números voltam a cair.

Alguns estudos publicados a respeito do assunto afirmam que "Sem tratamento das gestantes, a taxa de transmissão materno-infantil do HIV varia de 20 a 40%". Pesquisa realizada pelo Grupo Hospitalar Conceição revela que Porto Alegre era a capital com a maior prevalência (3,7%) do país de gestantes infectadas com HIV no ano 2000 (SANTOS *et al.* 2000, p. 28).

Outro estudo realizado no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, com 400 gestantes mostrou que "154 (38,5%) chegaram à triagem para o parto sem o resultado do teste anti-HIV do pré-natal. Destas, 134 (87,0%) tiveram os "testes rápidos" anti-HIV solicitados pelo profissional que atendeu a mulher para o parto na triagem, no entanto apenas 130 (84,5%) realizaram o exame, nesse momento" o que indica que 15,5% das gestantes fizeram o parto sem o teste de soropositividade (MORIMURA *et al.* 2006, p. 71). "Na ausência de qualquer intervenção, a transmissão vertical do HIV, alcança frequências de 25,0 a 30,0%, dependendo da região estudada. Com a instituição das medidas profiláticas que visam à redução da transmissão vertical é possível alcançar índices tão baixos quanto 1,0 a 2,0%" (CAVALCANTE *et al.* 2008, p. 474).

Apesar de não ter atingido a meta proposta, é importante ressaltar a considerável redução da taxa de Aids em menores de cinco anos, caindo de 6,7 a cada 100 mil habitantes em 2002 para 2,7 em 2013 e isso pode ser devido à melhora no acompanhamento de gestantes que vivem com HIV, tanto no diagnóstico do exame de testagem para HIV/Aids durante o pré-natal, quanto na assistência pós-parto que incluem medicamentos e a não amamentação do bebê, mas em contrapartida pode-se sugerir que os números da transmissão vertical do HIV não são menores devido às falhas na execução dos protocolos do atendimento às gestantes, conforme explicitado anteriormente.

- Meta 2: "Ter eliminado a sífilis congênita."

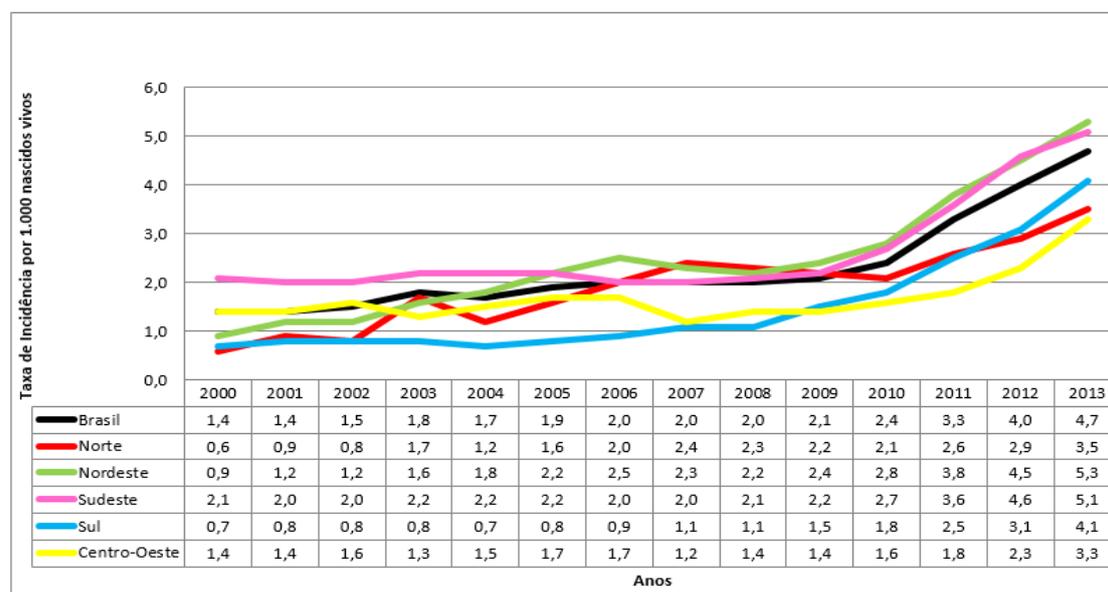
É necessário considerar o significado de "eliminação", visto que este é o foco da discussão. Segundo Tauil (1998), "a eliminação de um agravo, isto é, a redução próxima a zero de sua incidência, mas com manutenção, indefinidamente no tempo, das medidas de controle" (TAIUL, 1998, p. 56).

"Em 1993, o Ministério da Saúde propôs o 'Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita' enquanto problema de saúde pública, em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Pan-Americana de Saúde (OPAS), definindo a meta da taxa de incidência menor ou igual a 1 caso por 1.000 Nascidos Vivos (NV)" (BRASIL, Ministério da Saúde. 2003, p. 13).

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis (2012), "de 1998 a junho de 2014, foram notificados no SINAN 104.853 casos de Sífilis Congênita (SC) em menores de um ano de idade, dos quais 48.015 (45,8%) na Região Sudeste, 32.884 (31,4%) no Nordeste, 8.959 (8,5%) no Sul, 8.856 (8,4%) no Norte e 6.139 (5,9%) no Centro-Oeste" (BRASIL, Ministério da Saúde. 2015, p. 9).

Com relação à taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil, no ano de 2000 observou-se uma taxa de 1,4 casos por 1.000 nascidos vivos e em 2013 aumentou para 4,7 por 1.000 NV representando um crescimento de 3,3 por 1.000 NV da taxa no país. Em todas as regiões este aumento foi significativo, principalmente no Nordeste e Sul, que tiveram crescimento acima do indicador do Brasil, com 4,4 e 3,4, respectivamente, seguidos do Sudeste com 3,0, Norte com 2,9 e Centro-Oeste com 1,9. O Gráfico 5 compara o crescimento das taxas em cada uma das regiões e no Brasil.

Gráfico 5. Taxa de incidência de Sífilis Congênita (por 1.000 nascidos vivos) em menores de um ano de idade, segundo região, de 2000 a 2011, Brasil.

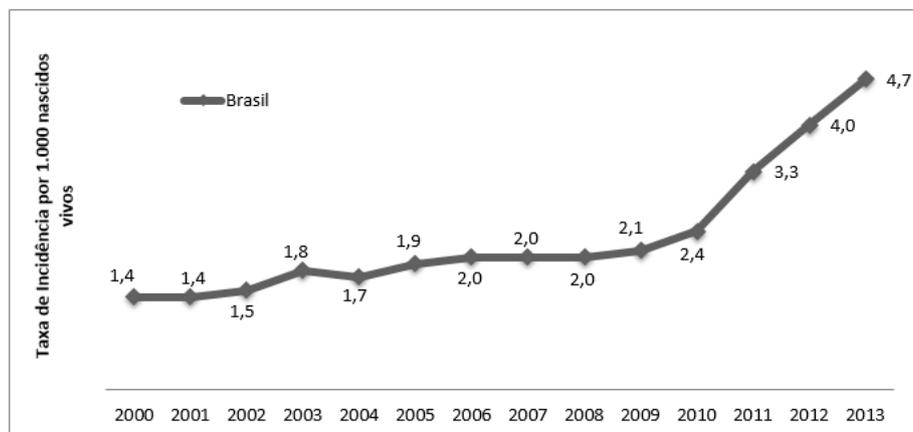


Fonte: MS/SVS/SINAN

A “Meta 2” sugere a eliminação da sífilis congênita, ou seja, que a taxa de incidência seja de 1 caso por 1.000 nascidos vivos, de acordo com o “Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita” da OMS e OPAS. Novamente ressalta-se que os autores não especificaram o prazo inicial e final para o alcance da meta.

Ao analisar as taxas anteriores à publicação do Plano de Enfrentamento, de 2000 a 2007, percebe-se aumento da incidência em 0,6 a cada 1.000 nascidos vivos. No segundo período de análise de dados, do ano de 2007 a 2013, constatou-se uma maior elevação das taxas de incidência, com acréscimo de 2,7 casos em comparação ao primeiro período (Gráfico 6).

Gráfico 6. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade (por 1.000 nascidos vivos), no Brasil de 2000 a 2013.



Fonte: MS/SVS/SINAN

O ano de 2010 chama a atenção pela guinada dos casos registrados de sífilis congênita: a taxa de incidência aumentou expressivamente nos anos seguintes. Dessa forma, verificou-se que a meta proposta pelo Plano de Enfrentamento não foi alcançada e, ao contrário do proposto, nos anos seguintes à publicação, a taxa teve aumento significativo. Uma possível interpretação para esse aumento é o maior acesso ao Sistema de Saúde, juntamente com a melhora na detecção da doença seguida de tratamento específico e também alterações no Sistema de Informação com a redução dos casos de subnotificação.

Segundo Rattner et al (2013), o número de consultas de pré-natal realizadas no Sistema de Saúde para cada parto atendido no Sistema Único de Saúde (SUS) aumentou significativamente, saindo de uma média de 1,2 consultas de pré-natal por parto no ano de 1995 para 10,2 consultas em 2011, ultrapassando o preconizado pelo Ministério da Saúde de, no mínimo, seis consultas. Todavia, mesmo tendo ampliado o acesso ao pré-natal, há importantes diferenças por região de residência, onde a Região Sul apresentou a maior média no ano de 2011 com 11 consultas de pré-natal e o Sudeste apenas 8,3 com a média mais baixa do país. "Por outro lado, ainda que tenha havido aumento na cobertura de pré-natal, a sua qualidade ainda deixa a desejar, o que é demonstrado pela incidência preocupante de sífilis congênita" (RATTNER *et al.* 2013, p. 113).

- **Meta 3:** *"Ter integrado em 100% a rede básica de atenção integral para mulheres em situação de violência doméstica e sexual."*

- **Meta 4:** *"Ter implementado em 100% dos municípios que têm a política de incentivo no âmbito dos Programas de DST e Aids e Saúde da Mulher, ações de enfrentamento da violência sexual e doméstica."*

- **Meta 5:** *"Ter ampliado as redes de atenção às pessoas em situação de violência sexual e doméstica em 100% dos municípios prioritários."*

A violência doméstica passou a ser agravo de notificação compulsória no SINAN através da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, visto que hoje é considerada um dos principais problemas de Saúde Pública. As "Metas 3, 4, e 5" tratam de Políticas de Saúde para as Mulheres e da inter-relação entre os sujeitos governamentais e não-governamentais para garantir a integralidade de atenção às mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência. Recorde-se que "O princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar atuação intersetorial entre as diferentes áreas afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos" (MEDEIROS & GUARESCHI, 2009, p. 32).

"A Área Técnica de Saúde da Mulher desenvolve suas estratégias para a atenção nas situações de violência doméstica e sexual em articulação com as demais políticas públicas de saúde, suas diretrizes e programas. De igual forma, a área trabalha ainda com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com outros parceiros governamentais, bem como Associações de Classe e Organizações Não-Governamentais" (BRASIL, Ministério da Saúde. 2011a, p. 5). Segundo a informante-chave,

A rede de atenção integral para mulheres em situação de violência é composta especialmente por serviços das áreas de saúde pública - Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Unidade de Pronto Atendimento, Hospitais, Assistência Social e Segurança Pública. Cada município desenvolve a organização da sua rede de atendimento de acordo com os serviços existentes, posto que o enfrentamento à violência contra a mulher não pode depender da organização ideal que consta nos documentos nacionais.

(Informante-Chave A)

No serviço público a definição "municípios prioritários" está vinculada a municípios mais necessitados; no caso da violência, serão aqueles que possuem os

maiores indicadores de violência registrados pelas diversas áreas que notificam ou registram ocorrências. Hoje a violência - seja sexual, doméstica ou de outros tipos - faz parte da lista de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Segundo a informante-chave,

Municípios prioritários são aqueles que devem ser atendidos ou ter a organização de suas Redes de Atenção Integral para mulheres em situação de violência apoiados de imediato. A prioridade também é organizada de acordo com o aporte financeiro da área responsável pelo desenvolvimento da Política Nacional no âmbito Federal e pela Política Estadual para os seus Municípios.

(Informante-Chave A)

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (apud BRASIL, Ministério da Saúde. 2011a, p. 6) é colocado como "meta de Plano de Ação - período 2004 a 2007- a ampliação, em 30%, da rede nacional de serviços especializados de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual [...] através das seguintes estratégias: **a.** Promover articulação intra e intersetorial para a formação de redes de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual no âmbito dos governos estaduais e municipais; **b.** Promover articulação política e institucional da gestão de redes e sistemas de atenção à saúde, objetivando a prevenção e a atenção integrada; e **c.** Trabalhar na perspectiva da implantação da legislação brasileira em vigor e das normalizações técnicas no que se refere aos direitos humanos, aos direitos sexuais e reprodutivos, à prevenção e ao tratamento dos agravos resultantes da violência sexual cometida contra mulheres e adolescentes".

Segundo a informante-chave, "*em 2007 - ano em que o Plano de Enfrentamento foi publicado - a cobertura dessa Rede de Atenção Integral pelos municípios era baixa, havia uma média de aproximadamente 150 serviços, mas nos dias atuais a Rede está bastante ampliada, a maioria dos municípios prioritários entre 2007 e 2010 implementaram serviços, sendo que as capitais estão melhor estruturadas.*"

Cada gestor define se a Rede de Atenção Integral para Mulheres em Situação de Violência é prioridade ou não, dependendo da sua capacidade de compreensão sobre o assunto. Nos municípios o exercício é cotidiano, profissionais mais sensíveis ao tema buscam organizar a rede de atendimento, enfrentando por vezes, a discordância de outros profissionais e de seus gestores que não sabem lidar com tais questões.

(Informante-Chave A)

As "Metas 3, 4, e 5" propõem implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde de Mulheres em 100% dos municípios prioritários e, apesar de não ser possível quantificar o número de municípios que aderiram a essa Rede de Atenção, é possível afirmar que o 100% de cobertura não foi alcançado, conforme sugerido pelos autores do Plano de Enfrentamento. Ainda assim, é importante ressaltar que o aumento do número de municípios que aderiram à rede é um avanço da Área Técnica de Saúde da Mulher e do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, ambos do Ministério da Saúde, visto a importância do tema:

A atenção integral a saúde da mulher ainda é um exercício distante, há uma preocupação com a redução da morbimortalidade feminina, e é legítima, mas ainda existem questões em saúde que necessitam serem trabalhadas.

(Informante-Chave A)

- **Meta 6:** *"Ter aumentado de 90,2% para 95% a proporção de mulheres que relatam espontaneamente a relação sexual como forma de transmissão do HIV (PCAP, 2004)."*

A divulgação da crescente epidemia de Aids é feita, principalmente, por meio dos Boletins Epidemiológicos de HIV/Aids publicados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. "As fontes utilizadas para a obtenção dos dados são as notificações compulsórias dos casos de HIV/Aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) (BRASIL, Ministério da Saúde. 2014, p. 5).

Estudos comportamentais vêm se somar a esses Sistemas de Informação para auxiliar na compreensão dos comportamentos que favorecem o avanço da epidemia. Os dados comportamentais ajudam a compreender a dinâmica do processo epidêmico, apontando a população vulnerável. Neste sentido, a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) contribui para a melhoria dos programas específicos para controle da epidemia e para a avaliação dos seus resultados (BRASIL, Ministério da Saúde. 2004, p. 11).

Para análise das "Metas 6, 7, e 8" serão comparadas as publicações da PCAP de 2004 (publicada em 2005) com respondentes na faixa etária entre 15 e 54 anos e as publicações da PCAP de 2008 (publicada em 2011) com público de 15 a 64 anos.

A "Meta 6" sugere aumento para 95% a proporção de mulheres que relatam a relação sexual como forma de transmissão do HIV. Abaixo, o Quadro 1, demonstra que o aumento proposto pelo Plano de Enfrentamento foi alcançado, mediante comparação entre a PCAP 2004 e a PCAP 2008.

Tabela 1. Percentual (%) de mulheres entre 15 e 54 anos (PCAP 2004) em comparação ao percentual de mulheres entre 15 a 64 anos (PCAP 2008) que citam a relação sexual como forma de transmissão do HIV. Brasil, 2004 e 2008.

Formas de Transmissão	% Mulheres	
	PCAP 2004	PCAP 2008
Relação Sexual	90,2	95,0

Fonte: PCAP 2004 e 2008.

- **Meta 7:** "Ter aumentado de 35% para 70% a proporção de mulheres que relatam já terem sido testadas para o HIV; (PCAP, 2004)."

Quanto ao teste de HIV, considerou-se como indicador, na presente análise, a cobertura de testagem de HIV na população sexualmente ativa estabelecida pelo percentual de indivíduos sexualmente ativos que já realizaram o teste de HIV alguma vez na vida (BRASIL, Ministério da Saúde. 2011b, p. 34). O Quadro 2 demonstra a comparação entre as mulheres que relataram, em 2004 e em 2008, ter feito o teste de HIV ao menos uma vez na vida.

Tabela 2. Percentual (%) de mulheres sexualmente ativas com idade entre 15 e 54 anos (PCAP 2004) em comparação ao percentual de mulheres entre 15 e 64 anos (PCAP 2008) que fizeram o teste de HIV alguma vez na vida. Brasil, 2004 e 2008.

PCAP 2004		PCAP 2008	
Idade	% de Mulheres	Idade	% de Mulheres
15 a 24 anos	35,9	15 a 24 anos	45,7
25 a 39 anos	44,3	25 a 34 anos	65,1
40 a 54 anos	20,7	35 a 49 anos	42,7
-	-	50 a 64 anos	21,6
TOTAL	35,0	TOTAL	45,6

Fonte: PCAP 2004 e 2008

A "Meta 7" idealiza aumento para 70% a proporção de mulheres que auto-relatam terem sido testadas para o HIV em algum momento na vida. Do ano de 2004 para o ano de 2008 o aumento foi de 10,6% desses relatos. Apesar de não ter atingido o indicador proposto, pode-se considerar que houve aumento significativo das mulheres testadas para o HIV.

- **Meta 8:** "Ter aumentado de 70% para 90% a proporção de mulheres que referem ter realizados exames ginecológicos com preventivo nos últimos 3 anos (PCAP, 2004)."

No que diz respeito a prevenção e controle de DST, foram analisados os indicadores de exame ginecológico regular com preventivo nos últimos três anos, entre as mulheres sexualmente ativas. No ano de 2004 a amostra inclui mulheres de 15 a 54 anos (Quadro 3) e no ano de 2008 a amostra é de mulheres entre 15 e 64 anos (Quadro 4).

Tabela 3. Percentual (%) de mulheres sexualmente ativas, entre 15 e 54 anos, que realizaram exame ginecológico com preventivo, segundo faixa etária. Brasil, 2004.

Realizou Exame Ginecológico	Faixa Etária			TOTAL
	15 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 54 anos	
Há menos de 3 anos com preventivo	49,8	76,6	78,6	70,3

Fonte: PCAP, 2004.

Tabela 4. Percentual (%) de mulheres sexualmente ativas, entre 15 e 64 anos, que realizaram exame ginecológico com preventivo, segundo faixa etária. Brasil, 2008.

Realizou Exame Ginecológico	Faixa Etária				TOTAL
	15 a 24 anos	25 a 34 anos	35 a 49 anos	50 a 64 anos	
Há menos de 3 anos com preventivo	53,3	75,8	77,7	68,7	69,6

Fonte: PCAP, 2008.

A comparação entre a PCAP 2004 e a PCAP 2008 mostra pequena redução da proporção de mulheres que relataram já ter realizado exame ginecológico com preventivo nos últimos três anos, caindo de 70,3% para 69,6%, representando uma queda de 0,7% do total de auto-relatos. Dentre as últimas três metas abordadas, a "Meta 8" foi a que menos se aproximou do sugerido pelos autores. Todavia, é preciso considerar que há diferenças na faixa etária da PCAP 2004 e na PCAP 2008, onde nessa

segunda o público pesquisado inclui pessoas com 10 anos a mais que na primeira publicação, ou seja, não é possível fazer comparação fidedigna das metas propostas visto que o público-alvo não possui as mesmas características.

Após a análise das metas ligadas à Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira também é importante relatar a limitação dos dados encontrados, visto que o Plano de Enfrentamento foi publicado no ano de 2007 e a última PCAP disponível, até o momento, é do ano seguinte, 2008. Está previsto para o ano de 2015 a publicação da PCAP com os dados de 2013; é possível que, nesta última, as metas acima discutidas tenham alcance diferente do apresentado.

- Meta 9: *"Ter aumentado de 17% para 50% o número de escolas de ensino médio da rede pública que disponibilizam preservativos (Censo Escolar, 2005)."*

A partir da integração entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, em 2003, surgiu o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) objetivando que os temas relacionados à saúde sexual e saúde reprodutiva passassem a serem discutidos nas escolas. "O projeto teve como elementos inovadores a disponibilização de preservativos nas instituições e a integração entre as escolas e as Unidades Básicas de Saúde, respeitando a autonomia dos sistemas educacionais locais, bem como a participação da comunidade no processo" (BRASIL, Ministério da Saúde. 2006, p. 9)

O último Censo Escolar que traz informações a respeito da adesão das escolas ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas é do ano de 2008. Segundo o folder publicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), a forma mais comum de abordar o tema DST/Aids é a partir da discussão em disciplinas e por meio de palestras, sendo que 87,4% das escolas abordam o tema em disciplinas e 80,6% abordam em palestras. "A distribuição de preservativo é a atividade menos desenvolvida, observada em apenas 14% das escolas que tratam o assunto" (INEP, 2008).

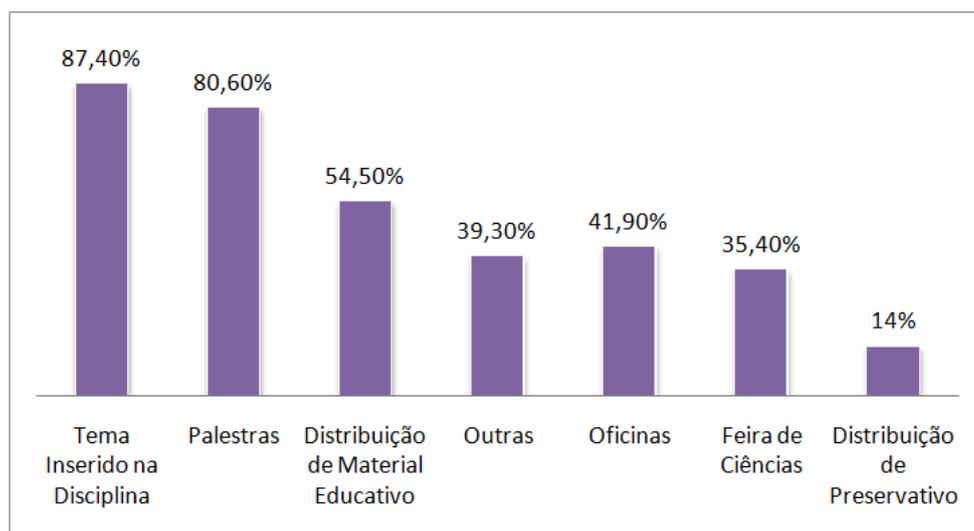
O Gráfico 6 especifica as formas de discussão mais comuns sobre DST/Aids declaradas pelas escolas de ensino básico. Entende-se ensino básico como "o conjunto

das escolas de ensino regular (educação Infantil, Fundamental e Médio), educação especial e educação de jovens e adultos" (INEP, 2011¹). Segundo o informante-chave,

“O preservativo não é repassado diretamente do Ministério da Saúde para a escola. Depende muito da política interna, de como a instituição vai trabalhar essa questão do preservativo no ambiente escolar. O DDAHV repassa o preservativo para os Estados e Capitais, que redistribuem para os Municípios e estes, por fim, repassam para os Centros de Saúde, Escolas, ONGs...A prevenção sexual deve constar dentro do Projeto Político-Pedagógico da escola, pois ela tem autonomia pra incluir essas ações específicas... Então depende muito do corpo docente, dos educadores, da relação que se tem com a comunidade escolar...”

(Informante-Chave C)

Gráfico 6. Proporção de escolas do ensino básico que trabalham tema DST/Aids, segundo o tipo de atividade desenvolvida. Brasil, 2008.

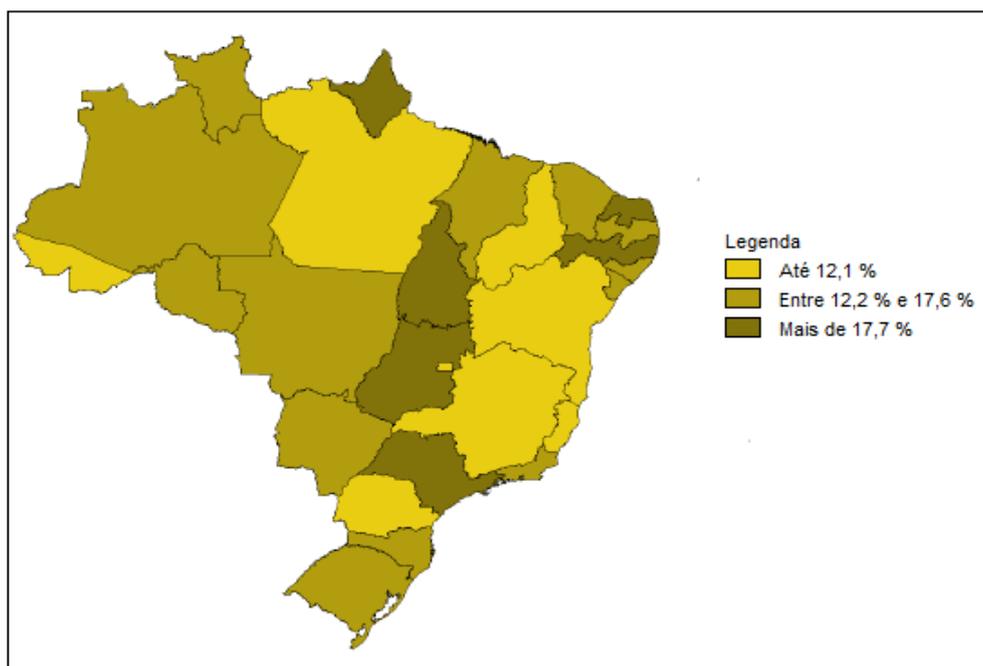


Fonte: Censo Escolar 2008.

Os estados com maiores proporções de escolas de ensino básico que abordam sobre DST/Aids e fazem a distribuição de preservativos são, pela ordem, Tocantins (23,1%), São Paulo (19,8%), Pernambuco (19,1%), Amapá e Rio Grande do Norte (18,8%) e Goiás (18,3%). (Cartograma 1)

¹ Referência online do INEP. Link de acesso: <<http://portal.inep.gov.br/basica-censo>>

Cartograma 1. Proporção de escolas de ensino básico que trabalham com o tema DST/Aids e que distribuem preservativos, segundo UF. Brasil, 2008.



Fonte: Censo Escolar 2008.

A "Meta 9" sugere aumento para 50% das escolas públicas de ensino médio que fazem a distribuição do preservativo, mas em 2008, apenas 13,5% das escolas que trabalham o tema DST/Aids de ensino fundamental declararam distribuir preservativos e 22,9% das escolas de ensino médio. Tal distribuição é maior nas instituições de rede pública (12,5%) do que na rede privada (9,0%) e é maior na área urbana (10,6%) do que na área rural (5,6%).

Os dados demonstram que as instituições que mais distribuem preservativos são as escolas públicas de ensino médio da área urbana e, apesar da distribuição ter aumentado desde o Censo de 2005, a meta proposta não foi alcançada. É importante ressaltar a limitação de dados a respeito, visto que o último Censo Escolar com informações de distribuição de preservativos em escolas foi publicado em 2008; sendo assim, apesar da meta proposta pelos autores para esta ação não ter sido alcançada, não é possível afirmar que nos dias atuais a disponibilização de preservativos ainda não atingiu os 50% sugeridos pelo Plano de Enfrentamento.

- **Meta 10:** *"Ter estabelecido linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre sexualidade e reprodução em mulheres vivendo com HIV/Aids."*

- **Meta 11:** *"Ter estabelecido uma linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre a prevalência de DST em mulheres."*

O Plano de Enfrentamento sugere estabelecimento de linha de base através de atividades como: a. publicação de editais de pesquisa; b. formação de Grupo de Trabalho para estruturação de agenda integrada a respeito do assunto; c. fortalecimento das redes das mulheres vivendo com HIV/Aids; d. realização de seminários e oficinas para formulação de políticas voltadas para a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/Aids; e. implementação da política de incentivo para o desenvolvimento de pesquisas em DST (BRASIL, Ministério da Saúde. 2007a, p. 28-29).

Para analisar o alcance das metas referentes a essa ação é preciso verificar, em nível Estadual e Municipal, a aceitação de ambas as metas. Segundo um dos informantes-chave:

Ações a nível nacional não há linha de base para estudos, pois isso fica no âmbito dos estados implementarem, por que o que é essa meta: ela existe, mas não necessariamente é o Ministério da Saúde que tem que atingir ou colocá-la em prática. Pesquisas a respeito do tema tem várias, sobre mulher vivendo com HIV, mulheres vivendo com outras mulheres nessa situação e muitas outras, mas para verificar o que foi feito a partir do Plano de Enfrentamento é preciso analisar a nível local.

(Informante-Chave C)

Dessa forma, foi realizada pesquisa na internet para identificar projetos de linha de base (*baseline*) implantados a partir do Plano de Enfrentamento. Para tal pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave no buscador *online*: "*avaliação*", "*plano de feminização*", "*HIV*" e "*Aids*". Algumas publicações foram encontradas a partir da pesquisa, a seguir serão relatadas algumas ações desenvolvidas por estado e/ou municípios de acordo com o preconizado nas "Metas 10 e 11".

A Coordenação Estadual de DST/Aids do estado da Bahia publicou um "Plano de Ação Estratégica" em 2008, com as estratégias:

- *Participar do Grupo de Trabalho Estadual para o enfrentamento da feminização da epidemia da Aids e outras DST, formado por instituições*

governamentais e não governamentais, com o objetivo de formular estratégias para redução da incidência das DST/Aids e das vulnerabilidades para este segmento populacional;

- *Assessorar municípios na implantação/implementação de linha de base com base no Plano;*
- *Executar, monitorar e avaliar as ações pertinentes ao Plano, no âmbito estadual;*

O estado de Goiás publicou, em 2008, o "Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids" com algumas estratégias a respeito da linha de base:

- *Realização de pesquisas sobre a implantação do "Teste da Mamãe" nos 245 municípios;*
- *Implantar 16 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para atender pessoas que vivem com Aids;*
- *Realização de capacitações dos profissionais de saúde que atuam nas ações de promoção, prevenção e assistência as DST/HIV/Aids;*

O estado do Pará desenvolveu o "Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST do Estado do Pará" em 2010 com as ações estratégicas:

- *Realizar seminários para debates sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres nas cidades-pólo de macrorregiões do Estado;*
- *Produzir e distribuir material informativo para as mulheres que vivem com Aids dos pólos macrorregionais;*
- *Fazer avaliação junto aos 13 Conselhos Regionais de Saúde da existência de ações voltadas para o enfrentamento da epidemia de AIDS e outras DST em mulheres;*
- *Ter profissionais de saúde habilitados para realizar o teste rápido para diagnóstico da infecção pelo HIV bem como realizar aconselhamento pré e pós-teste para detentas do sistema prisional e das unidades de medidas socioeducativas;*
- *Realizar pesquisas de monitoramento das maternidades participantes do Projeto Nascer Maternidades com elaboração de relatórios;*

- *Apoiar projetos sociais voltados a mulheres que vivem com HIV/AIDS;*
- *Garantir a inclusão da temática de mulheres vivendo com HIV/AIDS nos editais de apoio a projetos comunitários;*

A Secretaria de Estratégia e Gestão do Estado de São Paulo definiu no ano de 2007 um Plano de Enfrentamento à Homofobia, mas com uma meta específica voltada às mulheres vulneráveis ao HIV/Aids:

- *Realizar Seminário Estadual envolvendo Programas Municipais de DST/Aids, universidades, institutos de pesquisa, mídia e sociedade civil organizada para discutir e construir estratégias para o enfrentamento da epidemia de Aids e o controle das DST entre as mulheres;*

E o último resultado encontrado na busca das palavras-chave mencionadas foi de um edital de consultoria realizado pelo Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) intitulado de "Termo de Referência: Contratar Consultoria para a Elaboração de Estudo para Subsidiar a Implementação do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids". O objetivo do edital era de *realizar estudo para subsidiar a implementação Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids, no que diz respeito à ampliação da informação e a promoção do acesso das mulheres brasileiras ao preservativo feminino*. O período de recrutamento de atores para participar da pesquisa foi de dezembro/2009 a março/2010 e a ação estabelecida foi:

- *Realizar levantamento de estudos nacionais e internacionais já existentes sobre o preservativo feminino, com os seguintes enfoques: aceitabilidade do insumo em diferentes grupos de mulheres; e adoção do preservativo feminino nas políticas de prevenção do HIV, bem como nas ações de planejamento reprodutivo.*

Após estes poucos exemplos encontrados, mas não únicos, a partir de pesquisa simples na *internet*, pode-se fazer análise positiva do alcance das "Metas 10 e 11" propostas pelos autores. Para finalizar esta discussão, abaixo segue o depoimento de um dos informantes-chave:

O Departamento tem trabalhado com o preservativo feminino fortemente, principalmente com incentivo de pesquisas a respeito do assunto, por exemplo, as pessoas não conhecem o preservativo feminino, e se não conhecem os profissionais também não oferecem e aí ninguém usa, vira uma bola de neve. Então uma das questões que a

gente faz, e tem feito em vários Estados e nas Capitais e Municípios, são Oficinas sobre o preservativo feminino para que possa cada vez mais estar familiarizado entre as mulheres.

(Informante-Chave B)

- Meta 12: "*Ter adquirido 10 milhões de preservativos femininos.*"

A forma mais eficiente de prevenção da Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis é o uso do preservativo em todas as relações sexuais. O preservativo começou a ser distribuído pelo Ministério da Saúde em 1994 e está disponível nas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Testagem e Aconselhamento, Serviços Especializados, bancos de preservativos e, além disso, é distribuído em ações de prevenção realizadas por organizações parceiras (BRASIL, Ministério da Saúde. 2014²).

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) publicou, em 2009, um estudo de análise das políticas voltadas para a distribuição de preservativos femininos e à realidade dessa distribuição. O artigo discute que a partir da política Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino (SDPF) de 2000, a cada dois anos o MS adquira 4 milhões de preservativos femininos para distribuição aos estados, municípios e ONGs (UNFPA, 2011).

Na página *online* do Ministério da Saúde não há informações a respeito da aquisição desse insumo de prevenção. Dessa forma, na análise da "Meta 12" foram analisados os números referentes à disponibilização do preservativo feminino de acordo com o publicado no site oficial do DDAHV. O Quadro 5 demonstra a distribuição deste preventivo pelo Ministério da Saúde no ano de 2014 por Região, Estados e Capitais.

² Referência online do *Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais*. Link de acesso: <<http://www.aids.gov.br/pagina/insumos-de-prevencao>>

Tabela 5. Distribuição de preservativos femininos pelo Ministério da Saúde por Região, Estados e Capitais. Brasil, no período de janeiro a novembro de 2014.

Região Norte		Região Nordeste		Região Centro-Oeste		Região Sudeste		Região Sul	
Acre	30.000	Alagoas	65.000	Distrito Federal	0	Espírito Santo	25.000	Paraná	25.000
Rio Branco	15.000	Maceió	10.000	Goiás	25.000	Vitória	0	Curitiba	0
Amapá	10.000	Bahia	0	Goiânia	0	Minas Gerais	85.000	Rio Grande do Sul	0
Macapá	10.000	Salvador	25.000	Mato Grosso	30.000	Belo Horizonte	0	Porto Alegre	25.000
Amazonas	60.000	Ceará	50.000	Cuiabá	0	Rio de Janeiro	35.000	Santa Catarina	0
Manaus	0	Fortaleza	15.000	Mato Grosso do Sul	50.000	Rio de Janeiro	35.000		
Pará	0	Maranhão	25.000	Campo Grande	10.000	São Paulo	1.120.500		
Belém	10.000	São Luís	35.000			São Paulo	35.000		
Rondônia	0	Paraíba	35.000						
Porto Velho	0	João Pessoa	10.000						
Roraima	25.000	Pernambuco	35.000						
Boa Vista	5.000	Recife	0						
Tocantins	10.000	Piauí	15.000						
Palmas	15.000	Teresina	10.000						
		Rio Grande do Norte	65.000						
		Natal	10.000						
		Sergipe	0						
		Aracaju	0						

Eventos - Ministério	48.500
Total	2.074.000

Fonte: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

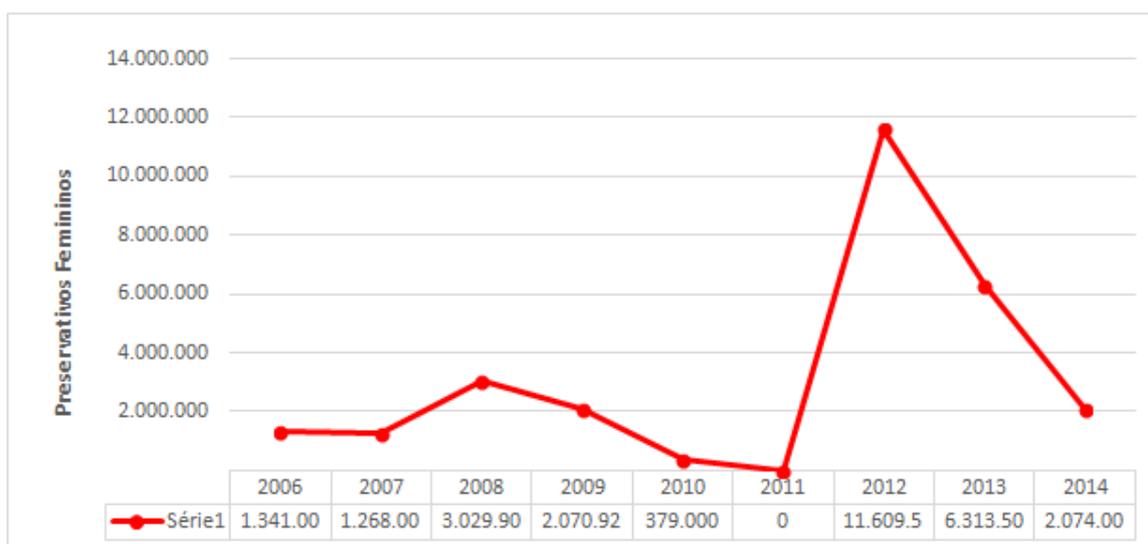
Segundo o site oficial do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, na tentativa de melhorar a distribuição e o acesso da população aos produtos de prevenção, o Ministério da Saúde tem descentralizado ações e investimentos e cada estado precisa especificar sua demanda de compra e distribuição no Plano de Necessidades de Insumos de Prevenção, previsto pela Portaria 2.313/2002.

O nosso Departamento – de DST, Aids e Hepatites Virais – trabalha com um grupo de pessoas que são considerados como prioritários pra distribuição do preservativo feminino, pois como ele não é comprado em grande número então a gente trabalha mais com esse grupo. Quem mais aceita o preservativo são as mulheres profissionais do sexo e as de Sistema Carcerário (...) então, a partir da solicitação, os Estados repassam esses preservativos aos municípios.

(Informante-Chave B)

O Gráfico 7 demonstra a distribuição dos preservativos femininos pelo MS no período de 2006 a 2014.

Gráfico 7. Distribuição de preservativos femininos pelo Ministério da Saúde. Brasil, 2006 a 2014.



Fonte: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

A “Meta 12” propõe que o Ministério da Saúde tenha adquirido 10 milhões de preservativos femininos mas, apesar de não especificar o ano de referência para alcance dessa proposta, de acordo com o gráfico acima, o único ano em que foi distribuído quantitativo acima deste especificado foi o ano de 2012, onde o repasse do MS foi

pouco mais de 11,5 milhões. Chama a atenção a informação que não houve repasse de preservativos femininos no ano de 2011.

Ainda assim, após a comparação ano a ano é possível verificar que a distribuição deste insumo de prevenção não se aproximou do que foi sugerido pelos autores do Plano de Enfrentamento, com exceção de 2012. No total, o MS disponibilizou 28.085.828 deste preventivo, com média aproximada de 3.120.647,5 preservativos femininos distribuídos nestes 9 anos, de acordo com o declarado no site oficial do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Uma pesquisa realizada com 57 profissionais, entre médicos e enfermeiros, no município de Fortaleza/CE em 2006, buscou verificar o conhecimentos destes profissionais a respeito do uso do preservativo feminino e apresentou a seguinte conclusão: "Os participantes deste estudo, em geral, não estavam aptos a promover o preservativo feminino, uma vez que desconheciam características fundamentais do método, contribuindo, desta forma, para disseminação de mitos, criação de barreiras ao uso e promoção de insegurança. Conhecer as características e as condições de uso do preservativo feminino é requisito essencial, pois garante ao profissional firmeza e argumentação adequada na promoção do método" (OLIVEIRA et al. 2008, p. 113).

Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul com 26 casais heterossexuais, coleta de dados realizada em 2007 e publicação no ano de 2011, buscou verificar a aceitabilidade do preservativo feminino na rotina do casal e declarou o seguinte resultado: "Com este estudo foi possível confirmar o pressuposto de que o desconhecimento acerca da correta utilização da camisinha feminina, bem como de seus benefícios e dificuldades, estão inibindo seu uso em nível individual e dificultando sua adoção nos programas públicos." (GOMES et al. 2011, p. 29)

"O preservativo feminino apresenta baixa utilização, disponibilização e aconselhamento mesmo nos serviços de referência no atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids como método alternativo para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, entre elas a infecção pelo HIV/Aids" (REIS & GIR. 2005, p. 37). Muitos estudos apontam o desconhecimento do profissional de saúde e do usuário como principal motivo para o não uso deste insumo de prevenção. Dessa forma, sugere-se a necessidade de implementação de estratégias e ações específicas voltadas para a prevenção e educação em saúde no incentivo do uso do preservativo feminino.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério da Saúde, através do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, tem concentrado esforços para aperfeiçoar a implementação das Políticas Públicas de Saúde direcionadas à diminuição da incidência de Aids no Brasil, visto o aumento de novos registros desde o início da epidemia. Atualmente, ainda há mais casos da doença entre o sexo masculino que no sexo feminino, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos e, dessa forma, justifica-se a implementação de Políticas de Atenção à Saúde das Mulheres. Nesse sentido, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST é de grande relevância na finalidade de controlar os números de casos da doença como também de promover a qualidade de vida para as mulheres que vivem com o HIV.

Apesar de o Plano em si e as metas sugeridas pelos autores não estarem de acordo com a estrutura de Planejamentos Estratégicos sugerida por Matus - visto que nenhuma delas apresentam a fase de monitoramento da implantação da ação e nem a previsão para avaliação do alcance das mesmas com data início e data fim de avaliação - reconhece-se que este Plano de Enfrentamento é de grande relevância como planejamento estratégico federal para nortear ações dos estados e municípios com vistas à promoção e prevenção da saúde, bem como, redução de novos casos.

De acordo com a discussão apresentada da análise das metas, percebe-se que a maioria do que foi proposto não foi alcançado pelas mesmas, mas é preciso levar em consideração a limitação da disponibilidade dos dados. Dessa forma, sugere-se que seja feita avaliação de impacto das ações de forma aprofundada e, se possível, avaliar também o alcance do que foi proposto no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST na revisão realizada em 2009.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, F. I. **A feminização da epidemia de Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento.** Coleção ABIA, nº. 3, Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (GM). **Portaria nº 993** de 04 de setembro de 2000. Altera a Lista Nacional de Notificação Compulsória e dá outras providências. Brasília/DF, 04 set. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro (GM). **Portaria nº 2.313** de 19 de dezembro de 2002. Institui incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV e Aids e outras DST. Brasília/DF, 19 dez. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer. Série F. Comunicação e Educação em Saúde,** Brasília/DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios,** 1ª edição, Brasília/DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, (PCAP) 2004. Série G. Estatística e Informação em Saúde,** Brasília/DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e Prevenção nas Escolas - Atitude para curtir a vida: diretrizes para implementação do projeto. Série Manuais,** nº 77, Brasília/DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.** 1ª edição, Brasília/DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** a. IV, n. 01, Brasília/DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência**

Doméstica e Sexual - Matriz pedagógica para formação de redes. *Série B. Textos Básicos de Saúde.* 1ª edição, Brasília/DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos, (PCAP) 2008.** *Série G. Estatística e Informação em Saúde,* Brasília/DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais [online]. **Insumos de Prevenção.** 2014.

Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/insumos-de-prevencao>> Acessado em: 01 de junho de 2015 às 17:12 horas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** a. III, n. 01, Brasília/DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis.** a. IV, n. 01, Brasília/DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 104,** de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília/DF, 25 jan. 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** *NESCON/UFMG,* 2ª edição, Belo Horizonte/MG, 2010.

CAVALCANTE, M. S.; SILVEIRA, A. C. B.; RIBEIRO, A. M. S.; RAMOS JUNIOR, A. B. **Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil.** *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.,* v. 8, nº. 4, p. 473-479, 2008.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Preservativo Feminino: das políticas globais à realidade brasileira.** 1ª edição, Brasília/DF, 2011.

FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA MULHERES (UNIFEM). **Termo de Referência: Contratar Consultoria para a Elaboração de Estudo para Subsidiar a Implementação do Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids.** [Online]. 2009.

Disponível em: <<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/00000771.pdf>> Acessado em: 04 de junho de 2015 às 15:43 horas.

GOMES, V. L. O.; SEVERO, T. P.; FONSECA, A. D.; JUNDI, M. G. **Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina.** *Esc Anna Nery*, v. 15, n.º. 1, p. 22-30, Porto Alegre/RS, 2011.

Governo do Estado de Goiás. **Plano Estadual de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids de Goiás.** [Online]

Disponível em:

<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_701_PlanoAdeAenfrentamentoAdaAfe_minizacaoAdaAidsAeAoutrasADST.pdf> Acessado em: 04 de junho de 2015 às 14:42 horas.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Censo Escolar.** [Online] 2011.

Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basic-censo>> Acessado em: 04 de junho de 2015 às 12:54 horas.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo.* IPEA, 1993. In: CAMPOS, F. C. C. *et al. Planejamento e avaliação das ações em saúde.* NESCON/UFMG, 2ª edição, Belo Horizonte/MG, 2010.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.** *Rev. Estudos Feministas*, v. 17, n. 1, Florianópolis/SC, 2009.

MORIMURA, M. C. R.; MENDES, M. D. C.; SOUZA, A. I.; ALENCAR, L. C. A. **Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP.** *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 6, supl 1, p. 69-76, Recife, 2006.

OLIVEIRA, N. S.; MOURA, E. R. F.; GUEDES, T. G.; ALMEIDA, P. C. **Conhecimento e Promoção do Uso do Preservativo Feminino por Profissionais de Unidades de Referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine.** *Saúde Soc.*, v.17, n.1, p.107-116, São Paulo, 2008.

RATTNER, D.; AMORIM, M.; KATZ, L. **Implementação da humanização na atenção a partos e nascimentos pelo Ministério da Saúde.** In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. URBANETZ A. A.; LUZ, S. H. PRAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia, *Artmed/Panamericana*, Ciclo 10, v. 2, p. 95-145, Porto Alegre, 2013.

REIS, R. K.; GIR, E. **Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro.** *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n.º. 1, p. 32-37, Ribeirão Preto/SP, 2005.

SANTOS, B. R.; FONSECA, R. C.; CANTI, I. T.; CARDOSO, E.; PEIXOTO, M. F. **Prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids.** *Mom. & Perspec. Saúde*, v. 13, n.º. 1, Porto Alegre, 2000.

Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de São Paulo. **Unidade Central de Recursos Humanos - Secretaria de Saúde** [Online].

Disponível em: <<http://www.recursoshumanos.sp.gov.br/cidadaniaSS.html?orgao=SS>>
Acessado em: 04 de junho de 2015 às 18:45 horas.

Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST do Estado do Pará.** [Online]

Disponível em: <<https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/pplggbt-76.pdf>> Acessado em: 04 de junho de 2015 às 18:12 horas.

Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. **Planos e Projetos em Execução.** [Online]

Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/planos_e_projetos_DST_AIDS.pdf>
Acessado em: 04 de junho de 2015 às 10:12 horas.

TAUIL, P. L. **Controle de agravos à saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas.** *IESUS*, v. 7, n. 2, 1998.

YANNOULAS, S. **Feminização ou Feminilização? Apontamentos em torno de uma categoria.** *Temporalis*, a. XI, n. 22, p.271-292, Brasília/DF, 2011.

APÊNDICE I

Metas 3, 4 e 5

Questionário semi-estruturado para entrevista com **informante-chave 'A'**.

- Quais os principais componentes de uma "rede de atenção integral" para mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual?
- O que são "municípios prioritários" para essa rede? Como é feita a definição de prioridades?
- Qual era a cobertura, em 2007, de municípios prioritários com essa rede?
- Qual a cobertura, nos dias atuais, dos municípios prioritários que implementaram a rede?
- Como foi efetivada a política de incentivo no âmbito de Programas de DST, Saúde da Mulher e ações de enfrentamento da violência, constante na meta 4 do Plano?
 - **Meta 4:** *"Ter implementado em 100% dos municípios que têm a política de incentivo no âmbito dos Programas de DST e Aids e Saúde da Mulher, ações de enfrentamento da violência sexual e doméstica."*
- Onde podem ser encontrados dados sobre essas redes nos sistemas públicos de informações?

APÊNDICE II

Metas 9 e 12

Questionário semi-estruturado para entrevista com **informante-chave 'B', 'C' e 'D'**.

- A meta 9 do Plano prevê aumento de 17% para 50% de distribuição de preservativos nas escolas públicas do ensino médio. Tal medida do Ministério da Saúde dividiu opiniões de alunos, professores e pais, à época (2005). Nos dias atuais, ainda há tal distribuição??
- Se há distribuição, é feito para todos os Estados?? Há informação de dificuldade de distribuição em algumas localidades? Quais e onde (macrorregião)?
- Se não há distribuição, há previsão para retomada da medida??
- Como o Ministério da Saúde vem articulando com o da Educação no sentido de enfrentar a acusação de que "a escola estaria fazendo apologia ao sexo"??
- Com relação a disponibilização de preservativos femininos, qual a média anual de distribuição no Sistema de Saúde??
- O Ministério possui estratégias educativas que visam esclarecer a mulher sobre o uso do preservativo feminino como forma de prevenção e seu empoderamento?

Metas 10 e 11

- A meta 10 do Plano previa estabelecer linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre sexualidade e reprodução em mulheres vivendo com HIV/Aids. Tal estudo foi realizado?
- O que foi feito para ampliação de conhecimento sobre sexualidade e reprodução das mulheres vivendo com HIV/Aids?
- Quais estratégias são voltadas para mulheres vivendo com HIV/Aids e quais para profissionais de saúde??

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Análise Crítica do Plano de Enfrentamento da Feminização de Aids”, sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Campelo Rosa, sob orientação da Prof. Dr^a. Daphne Rattner. O projeto tem por objetivo avaliar o “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST”, publicado em 2007 pelo Ministério da Saúde, analisando o alcance das metas propostas dos indicadores abordados através de comparativo dos anos anteriores e sequentes da publicação.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista realizada em local e horário pré-definidos com um tempo estimado de até 30 minutos para sua realização. Será utilizado como instrumento a gravação de áudio.

Não há nenhum tipo de risco decorrente de sua participação na pesquisa, visto que a entrevista terá apenas o intuito de esclarecer informações da área de Gestão de Saúde e Saúde Pública em geral. Se você aceitar participar, não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a situação de saúde atual descrita nas metas do Plano foco de avaliação.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para si. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados serão utilizados somente para esta pesquisa e

ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Fernanda Campelo Rosa, no telefone 9326-2827, em qualquer horário.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome e assinatura

Fernanda Campelo Rosa
Pesquisador Responsável

Daphne Rattner
Orientadora de Pesquisa

Brasília, _____ de _____ de 2015.

ANEXO II

Metas do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.

Meta 1: *"Ter reduzido, até 2008, a taxa da transmissão vertical do HIV de 4% para menos de 1%."*

Meta 2: *"Ter eliminado a sífilis congênita."*

Meta 3: *"Ter integrado em 100% a rede básica de atenção integral para mulheres em situação de violência doméstica e sexual."*

Meta 4: *"Ter implementado em 100% dos municípios que têm a política de incentivo no âmbito dos Programas de DST e Aids e Saúde da Mulher, ações de enfrentamento da violência sexual e doméstica."*

Meta 5: *"Ter ampliado as redes de atenção às pessoas em situação de violência sexual e doméstica em 100% dos municípios prioritários."*

Meta 6: *"Ter aumentado de 90,2% para 95% a proporção de mulheres que relatam espontaneamente a relação sexual como forma de transmissão do HIV (PCAP, 2004)."*

Meta 7: *"Ter aumentado de 35% para 70% a proporção de mulheres que relatam já terem sido testadas para o HIV; (PCAP, 2004)."*

Meta 8: *"Ter aumentado de 70% para 90% a proporção de mulheres que referem ter realizados exames ginecológicos com preventivo nos últimos 3 anos (PCAP, 2004)."*

Meta 9: *"Ter aumentado de 17% para 50% o número de escolas de ensino médio da rede pública que disponibilizam preservativos (Censo Escolar, 2005)."*

Meta 10: *"Ter estabelecido linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre sexualidade e reprodução em mulheres vivendo com HIV/Aids."*

Meta 11: *"Ter estabelecido uma linha de base para diagnóstico e ampliação do conhecimento sobre a prevalência de DST em mulheres."*

Meta 12: *"Ter adquirido 10 milhões de preservativos femininos."*