

Ministério da Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade - DHRV

**PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO DA
FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS E OUTAS DST**

Análise da situação atual e proposta de monitoramento

CONSULTORA WILZA VIEIRA VILLELA

Outubro, 2010

Sumário Executivo:

Este relatório apresenta o mapeamento da situação de Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, nas 27 UF do país, até abril de 2010, com base na exploração dos sítios eletrônicos das secretarias estaduais de saúde e na análise de documentos, tais como: o próprio texto do plano, na sua versão original e após a revisão, os planos estaduais, os relatórios das oficinas macrorregionais, os dados dos governos federal e estaduais relativos ao perfil epidemiológico das mulheres em relação à aids e eventos de saúde reprodutiva, os planos de ações e metas de 2008 e 2009 e as entrevistas com os responsáveis pelo plano no âmbito federal e estadual.

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.

Nos estados, a expansão da atenção básica, com ênfase na Promoção da Saúde e nas ações intersetoriais, cria oportunidades de abordagem da feminização da epidemia do HIV/aids. Rotinas já instituídas para a atenção à saúde das mulheres, das gestantes e das mulheres vivendo com HIV/aids também concorrem para a realização das ações de saúde previstas no Plano, em especial quando contempladas no Pacto pela Saúde e incluídas nos Planos Estaduais de Saúde. O mesmo ocorre em relação ao enfrentamento da violência contra as mulheres, cujas atividades contam com apoio da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

No entanto, alguns estados não têm conseguido utilizar o Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST para fortalecer as ações em andamento junto às mulheres e incluir a abordagem das DST do HIV/aids, exceto no que se refere a ações visando ao aumento da cobertura da realização do exame de Papanicolau. Em estados que exploram essa potencialização, nem sempre as ações que já eram desenvolvidas e foram incorporadas ao Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST são reconhecidas pelos gestores locais ou pela sociedade civil como parte do plano.

Dificuldades de articulação intra e intersetorial, fragilidade de coordenações estaduais de DST/aids, pela falta ou rotatividade dos profissionais de saúde ou outros problemas de gestão, comprometem o desenvolvimento do plano em alguns estados.

Do total de 24 estados acessados, em seis o plano “não saiu do papel”, três encontram-se em fase bem inicial de execução e quatro consideram que tiveram êxito na implementação do plano, conseguindo realizar com sucesso

as propostas. Os demais estados realizam basicamente as ações do plano que ocorrem sob a governabilidade das coordenações de DST/aids, tendo como principal foco a transversalidade das ações de DST/aids na atenção básica e o fortalecimento das redes de atenção às mulheres que sofrem violência.

Em muitos estados, as ações estão direcionadas às mulheres de uma forma geral, às mulheres vivendo com HIV/aids e às mulheres em situação de violência, havendo um volume menor de ações voltadas para os grupos de mulheres contemplados nas agendas afirmativas - mulheres profissionais do sexo, mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres transexuais.

As propostas se concentram em atividades de prevenção para as mulheres de modo geral, reforço ou implantação de rotinas de serviços e promoção de eventos.

Em alguns estados, foi reportada a necessidade de fortalecimento das organizações da sociedade civil que representam as mulheres contempladas nas agendas afirmativas, visando a garantir o diálogo necessário para a adequação do plano ao contexto político e perfil epidemiológico dessas mulheres.

De acordo com as entrevistas com os representantes nos estados, destacam-se quatro estratégias que tiveram êxito: utilização dos instrumentos do SUS para institucionalização do plano e facilitação do estabelecimento de parcerias; fortalecimento das organizações da sociedade civil e incorporação ativa nas realizações do plano; inserção das ações do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST nas iniciativas das demais áreas do setor de saúde e das demais instâncias do governo que atuam junto às mulheres; sensibilização dos gestores das cidades do interior.

A partir desses resultados, sugere-se que o monitoramento do plano para o ano de 2011 considere:

- A análise junto aos gestores estaduais das propostas do PAM 2009/2010, visando à incorporação das ações propostas nas agendas afirmativas do PAM 2011/2012;
- A efetividade das ações realizadas e as oportunidades para a proposição de novas ações, visando à adequação do PAM 2011/2012 às características da epidemia entre mulheres nos diferentes estados.

AVANÇOS E DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DO PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DE AIDS E OUTRAS DST, 2008-2010

Introdução:

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/Aids e Outras DST, lançado em 2007, é uma proposta de ação intersetorial visando a reduzir o impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por DST entre as mulheres no Brasil, pautada pelo conceito de vulnerabilidade - articulação entre fatores individuais, estruturais e institucionais na determinação da suscetibilidade a um agravo específico.

O Plano busca abarcar ações que incidam sobre os três níveis de produção de vulnerabilidade nas mulheres: situações sociais que reduzem seu poder de negociação sexual, qualidade do atendimento oferecido pelos serviços de saúde e acessibilidade do fortalecimento individual das mulheres. Essa característica exige a construção de parcerias intra e intersetoriais.

A primeira versão do Plano foi discutida com gestores, técnicos e lideranças da sociedade civil, em quatro oficinas macrorregionais. Após as oficinas, os representantes de cada estado foram responsabilizados por coordenar a elaboração dos respectivos planos, de acordo com o perfil epidemiológico e de vulnerabilidade específico das mulheres em cada estado.

Em 2009, o Plano foi revisto, visando a torná-lo mais operacional e considerando a classificação do Brasil como um país de "epidemia concentrada". Esse é um parâmetro internacional que considera as taxas de prevalência e de incidência da epidemia na população geral e em alguns segmentos populacionais para distinguir os países em que a epidemia incide mais em alguns grupos (epidemia concentrada), daqueles em que toda a população apresenta uma taxa de incidência semelhante e alta (epidemia generalizada).

Esta revisão incorporou ao Plano as agendas afirmativas construídas por mulheres sob maior vulnerabilidade - profissionais de sexo, mulheres vivendo com HIV, mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres vivenciando a transexualidade.

A proposta de monitoramento

Em 2009, dois anos após o lançamento do Plano e quase um ano após a sua revisão, tornou-se necessário identificar as potencialidades, obstáculos e características da implementação em cada estado da Federação.

Esse diagnóstico considerou a exigência de integração intra e intersetorial e o diálogo com a sociedade civil como elementos-chave para a operacionalização do Plano. Foi, também, levada em consideração a diversidade das estruturas e organogramas das secretarias de saúde nos estados, o perfil epidemiológico da epidemia do HIV/aids e demais agravos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Para tanto, foi realizada uma exploração nos sítios eletrônicos das Secretarias de Saúde de cada estado visando a conhecer sua organização e diretrizes de atuação, os planos estaduais de saúde e os agravos à saúde prioritários no estado.

Como etapa inicial do diagnóstico, foram analisadas as ações essenciais para o enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST¹ que estão sob responsabilidade da gestão federal.

Uma segunda etapa do trabalho incluiu a análise das ações do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST contidas nos Planos de Ações e Metas (PAM) estaduais de 2008 e 2009. Por último, foram realizadas entrevistas com os responsáveis pela formulação do Plano no âmbito federal e pela sua operacionalização nos estados.

Foram, também, entrevistadas lideranças da sociedade civil envolvidas na formulação do Plano durante as oficinas macrorregionais ou na sua implementação nos estados, visando a conhecer a análise sobre os avanços e os obstáculos para a sua efetivação.

¹ Cf Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST. Revisão 2009

Resultados:

1) Contexto:

Ações de saúde sexual e reprodutiva de boa qualidade e o enfrentamento da violência são essenciais para reduzir a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

O quadro abaixo mostra a situação das ações consideradas essenciais para a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST que estão sob responsabilidade do gestor federal.

Quadro 1. Ações essenciais para a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST:

Ação	Situação
Ampliar a rede de atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual.	Em andamento, por meio de convênios entre os municípios e a ATSM e também com a SEPM.
Fomentar a inclusão de ações de enfrentamento à violência sexual e doméstica nos Planos de Ações e Metas dos Programas de DST e Aids.	Presentes em 11 de 25 estados que incluíram ações do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST no PAM.
Ter implementado, nos 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.	Oito estados referem-se em seus planos de saúde a organização de redes de enfrentamento da violência.
Fomentar a inclusão da temática do enfrentamento da feminização do HIV/aids, no Projeto Integral Básico do Pacto de Enfrentamento da Violência contra a Mulher, nos 15 Estados prioritários.	Em andamento, o Projeto do CONASS de núcleos de prevenção da violência e promoção da saúde possibilita a inserção de ações contra a violência de gênero onde há secretaria de direitos das mulheres atuante.
Ampliar a compra e distribuição de métodos contraceptivos e anticoncepção de emergência.	Realizado.
Adquirir 20 milhões de preservativos femininos e distribuir conforme o Plano de Necessidades.	Em andamento.
Realizar estudo que estabeleça indicadores e estimativas de necessidades para a ampliação do acesso ao preservativo feminino.	Em andamento.
Fornecer preservativo feminino para instituições penais femininas.	Ação aparece em PAMS de três estados.
Fornecer preservativo feminino para serviços que atendem pessoas vivendo com HIV/aids.	Ação aparece em PAMS de quatro estados.
Aumentar o número de escolas de ensino médio da rede pública que disponibilizam preservativos masculinos.	Em 2007, 11.8% (fundamental) e 21.7 (médio).
Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV.	Em 2008, 49.7% das gestantes eram testadas por o HIV
Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita.	Em andamento, pactuação entre estados, municípios e gestão federal tem melhorado a qualidade da informação.
Construir protocolo de recomendações para reprodução em pessoas vivendo com HIV/aids.	Ação em andamento em um estado.
Elaborar protocolo voltado à saúde integral de mulheres vivendo com HIV/aids.	Em andamento.
Fomentar a implantação, nas unidades prisionais femininas de ações para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/aids.	Ação consta de PAMS de três estados.
Aumentar a proporção de mulheres que relatam saber que a relação sexual é uma das formas de transmissão do HIV.	Realizado (PCAP, 2008).
Aumentar a proporção de mulheres que relatam terem realizado o teste para o HIV.	Realizado (PCAP, 2008).
Aumentar a proporção de mulheres entre 15 e 54 anos sexualmente ativas que referem ter realizados exames ginecológicos e exame de papanicolau nos últimos três anos.	Em andamento. É uma das metas do Pacto pela saúde. Em 2008, 64% de cobertura.

Assessorar os 27 Grupos de Trabalho Estaduais na implementação e monitoramento do Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia das DST/HIV/Aids, em âmbito local, incluindo as Agendas Afirmativas.	Em andamento.
Definir e implementar, até dezembro de 2009, mecanismos de monitoramento do "Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST".	Em andamento.

Fonte: os dados foram coletados pela consultora a partir das entrevistas com os responsáveis pelos Planos nos estados, consulta a PCAP² e PAM³ estaduais.

Como pode ser observado, as ações necessárias para a implementação do Plano que dependem da atuação do gestor federal estão ocorrendo.

2) As Secretarias de Saúde:

A consulta aos sítios eletrônicos das Secretarias Estaduais de Saúde e aos Planos Estaduais de Saúde mostra a priorização dada à ampliação da atenção básica. As ações de saúde das mulheres ocorrem nesse nível de atenção e estão focadas na atenção pré-natal e planejamento reprodutivo. Quase todas as secretarias de saúde desenvolvem alguma ação integrada a outra secretaria, em especial no que diz respeito ao enfrentamento da violência contra as mulheres. Os setores responsáveis pela organização da resposta ao HIV/aids podem ser gerências, coordenações ou um setor da vigilância epidemiológica. Poucos sítios têm informações acessíveis sobre a epidemia no estado.

Não foram encontradas nos Planos Estaduais de Saúde disponíveis nos sítios eletrônicos alusões ao enfrentamento do HIV/aids entre mulheres, embora alguns prevejam ações para redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis propostas como meta no Pacto pela Saúde.

3) As propostas dos Planos de Ações e Metas (PAMS):

Para garantir os recursos necessários para a sua execução, as ações propostas nos Planos Integrados de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST estaduais deveriam ser incorporadas aos respectivos Planos de Ação e Metas. Apesar da priorização dada às mulheres contempladas nas agendas afirmativas, segundo análise feita a partir de palavras-chave nos PAM de 2008 e 2009⁴, o maior volume de ações se mantém voltado para as mulheres da população geral e corresponde a 75% das ações propostas, enquanto que as ações realizadas para os segmentos de mulheres contempladas nas agendas afirmativas⁵ não chegam a representar 15% das ações. Nessa mesma análise foi, também, detectado que cerca de 7,7% das ações analisadas fazem referência às mulheres privadas de liberdade e às mulheres em situação de violência. A tabela abaixo não é o único indicador do que tem sido desenvolvido nos estados, mas pode indicar empiricamente o número de ações propostas para cada grupo populacional, considerando as mulheres contempladas nas agendas afirmativas e as demais mulheres, a partir das ações propostas nos PAM

² Pesquisa de comportamento atitudes e práticas 2008.

³ Plano de ação e metas.

⁴ A Análise foi feita a partir de palavras-chave dos relatórios de atividades desenvolvidas nos PAM estaduais nos anos de 2008 e 2009.

⁵ Os segmentos contemplados neste plano foram: mulheres vivendo com HIV/aids, mulheres transexuais, prostitutas, lésbicas e MSM – mulheres que fazem sexo com mulheres. Para maiores informações consultar: www.aids.gov.br/feminizacao.

Quadro de ações citadas nos PAM estaduais de 2008 e 2009⁶ para cada grupo populacional.

Grupo populacional referido no PAM	N. de ações	Percentual
Mulheres vivendo	15	6.1%
Lésbicas e MSM	8	3.1%
Transexuais	3	1,20%
Prostitutas	10	4.1%
Privadas de liberdade	5	2%
Em situação de violência	14	5,70%
Mulheres em geral	182	75%
Ações de articulação política	6	2.4%
Total	243	100%

Fonte: PAM

Obs.: foram incluídas ações de articulação com outros setores que trabalham com mulheres; cinco estados alocam recursos para aquisição de preservativos femininos.

Dentre as ações voltadas para as mulheres contempladas nas agendas afirmativas, existe uma concentração de ações voltadas para mulheres vivendo com HIV. Em dois estados, a ação proposta é a realização do exame colpocitológico nos serviços de atendimento especializado. Em outros, a ação tem como finalidade a constituição de grupos de adesão ou de ajuda nos serviços de atendimento, estratégia que inclusive permite apoiar e fortalecer organizações de mulheres vivendo com HIV. Ações voltadas para a redução do estigma são propostas em dois estados, e um propõe ações de geração de renda.

As mulheres em situação de violência constituem o segundo grupo com maior concentração de ações, que, em sua maioria, são voltadas para a constituição de serviços de atenção ou redes de apoio. As prostitutas são o terceiro grupo mais contemplado com ações que se caracterizam pela promoção de eventos ou de ações educativas.

Dois estados propõem ações específicas para mulheres transexuais, já que a maioria dos estados as incorpora nas ações dirigidas a travestis e transgêneros. Alguns estados incorporam as mulheres transexuais nas ações voltadas para HSH, e alguns também agregam as prostitutas nesses grupos, de forma especial em eventos.

A exiguidade de ações voltadas para as mulheres que fazem sexo com mulheres e as transexuais talvez reflita a organização ainda frágil desses grupos nos estados. A inclusão de atividades para esses grupos em alguns Planos corresponde aos Estados em que existem organizações mais fortalecidas atuando junto aos programas de DST/aids/HV

As ações elencadas na categoria "articulação política" correspondem à organização de eventos em parceria com outras áreas e à realização de reuniões para detalhamento e/ou divulgação do plano em nível estadual e para os municípios.

⁶ Idem nota 2. A sistematização indicada na tabela pode não refletir a totalidade de ações voltadas para esses segmentos, uma vez que os recursos não retratam necessariamente a população a qual a ação se destinou e ainda algumas ações realizadas podem não implicar em gastos e, portanto, não figurar no PAM. No entanto, a tabela fornece indicadores sobre a invisibilidade de alguns grupos.

A tabela abaixo apresenta os tipos de ações propostos para cada um dos grupos prioritários:

Tabela 2. Tipo de ação proposto para cada grupo populacional.

Tipo de ação/ grupo populacional	Capacitação de profissional para manejo clínico	Expansão de ações de assistência	Apoio a eventos	Ações educativas/ oficinas para autoestima
Mulheres vivendo com HIV/aids	02	06	05	02
Prostitutas			04	06
MSM			08	
Transexuais			02	01
Mulheres privadas de liberdade				05
Mulheres que sofrem violência	08	03		02
Geral				
Total	10	09	19	16

Fonte: PAM 2008 e 2009.

Existe um relativo equilíbrio entre as ações voltadas para a assistência, incluindo a capacitação dos profissionais, e as ações que buscam trazer maior visibilidade para as mulheres dos diversos segmentos e aquelas visando ao fortalecimento das mulheres.

4) As opiniões dos gestores:

Perguntados sobre a implementação do plano nos seus estados, os técnicos responsáveis apontam para diversos graus de desenvolvimento. Assim, dos 24 entrevistados, seis afirmam que o plano não foi implementado conforme o previsto; em três estados o plano está em uma fase bem inicial; em 11, o plano acontece, embora sem um foco específico nas ações voltadas para mulheres sob maior vulnerabilidade e com problemas de integração; em quatro estados a realização do plano é considerada bem sucedida pelos seus responsáveis.

Embora as características da epidemia do HIV/aids entre mulheres sejam distintas em cada estado, assim como o perfil dos principais agravos à saúde da população geral e das mulheres em particular, e também são diferentes a estrutura e organização dos serviços de saúde, alguns temas são recorrentes nas entrevistas, como:

- mudanças recentes na estrutura organizacional da SES e na inserção da coordenação de aids no organograma;
- tamanho reduzido das equipes de trabalho, obrigando um mesmo técnico a exercer múltiplas tarefas e ainda se ater às atividades de rotina essenciais; técnicos novos que não trazem a história da luta contra a epidemia e da elaboração do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e outras DST;
- fragilidade e baixa participação dos movimentos sociais de mulheres;
- falta de experiência com o trabalho intra e intersetorial; dificuldades com esse tipo de trabalho e com a criação de uma proposta na qual todos os parceiros tenham seus interesses contemplados;
- necessidade de maior presença do suporte técnico e político do gestor federal;

- relação ainda difícil entre as coordenações de DST/aids, vistas como as “primas ricas” e com maior autonomia, e os demais setores da SES, e persistência de posturas discriminatórias em relação aos portadores do HIV/aids.

5) Potencialidades:

Foi possível identificar quatro estratégias para a potencialização do Plano nos estados, a partir das experiências dos estados cujos gestores consideram que o Plano está sendo realizado a contento:

- utilização dos mecanismos do SUS, pactuações com gestores municipais, discussão na comissão intergestora bipartite, discussões nos diferentes fóruns de sociedade civil, visando à institucionalização do Plano no âmbito do SUS. Ex. São Paulo e Minas Gerais.
- articulação política para o envolvimento de diferentes atores, em especial das organizações não governamentais, e o fortalecimento deles por meio da incorporação efetiva no desenvolvimento das atividades Ex.: Bahia, Maranhão.
- integração das ações já desenvolvidas no estado de redução do impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por DST às iniciativas de ação básica em saúde das mulheres. Ex. Sergipe, por meio do programa Bem Mulher; Paraíba e todos os estados que se utilizaram da campanha “Fique Sabendo” junto às usuárias do Programa Bolsa Família, para desenvolver ações de aconselhamento e sensibilização junto às mulheres e demais profissionais envolvidos na campanha.
- sensibilização dos gestores municipais visando a ampliar e capilarizar as ações.

6) Discussão e recomendações:

A análise do material permite identificar diferentes dinâmicas na operacionalização do Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST: aquela em que o plano foi elaborado logo após a oficina macrorregional, de forma integrada e participativa, mas depois não caminhou; aquela em que o plano vem sendo realizado de modo próximo do previsto; aquela em que houve uma interrupção no trabalho de desenvolvimento do plano. Assim, qualquer estratégia desenvolvida pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais para fortalecer os planos em nível estadual deve considerar essas dinâmicas e buscar metodologias de trabalho apropriadas a cada uma.

A maioria dos planos foi desenhada em 2008, não sofrendo adequação posterior. É necessário que os planos estaduais sejam atualizados, considerando a importância de incluir no próximo PAM ações que se voltem para as mulheres sob maior vulnerabilidade, respeitando o perfil da epidemia e a organização local da sociedade civil.

A disponibilidade de recursos do PAM pode sugerir que o Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST é uma “coisa da aids”. Deve ser feito um esforço político no sentido de mostrar que a redução da vulnerabilidade das mulheres ao HIV beneficia todas

as mulheres e fortalece o SUS. A inserção no PAM de ações intersetoriais pode ser um mecanismo indutor da integração.

O estabelecimento de parcerias com organizações não governamentais é um desafio. Muitas funcionam por projetos e se a participação no Plano não estiver incluída e remunerada por algum projeto torna-se inviável. Desse modo, a ideia de integração deve reportar-se aos objetivos finalísticos da ação, não aos processuais.

Da mesma maneira que este plano não entrou de fato na agenda de alguns gestores, também não entrou na agenda dos movimentos de mulheres ou de luta contra a aids. Isso aponta a necessidade de fortalecer nesses movimentos a discussão sobre a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids e a oportunidade estratégica que as ações para a sua redução podem oferecer no reforço das demais agendas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos e demais direitos de cidadania para as mulheres.

Não sendo a epidemia de aids entre as mulheres a prioridade de saúde nos estados, é necessária a adequação local das propostas do Plano, de modo a compatibilizá-las com as propostas do SUS, sem que se perca o foco sobre as mulheres mais vulneráveis.

Existe a necessidade de maior instrumentalização dos gestores locais para identificar o perfil local de vulnerabilidade das mulheres e orientar as ações do plano, fornecendo elementos para o monitoramento e avaliação do trabalho e para a adequada alocação dos seus recursos.

A priorização das mulheres em geral está em desacordo com a diretriz que orientou a revisão do plano, e que mostra uma epidemia concentrada em alguns grupos populacionais, exigindo ações focalizadas e específicas. Desde a sua primeira versão, o Plano Integrado de Enfrentamento da Epidemia de Aids e Outras DST aponta as desigualdades entre as mulheres de diferentes segmentos.

As ações para as mulheres vivendo com HIV/aids são insuficientes em volume e abrangência. Há serviços especializados em HIV/aids que ainda não contam com ginecologistas. Nas unidades de atenção básica, por causa do volume de atendimento e a rotinização de algumas atividades, como atenção à gravidez, parto, puerpério, contracepção e realização de Papanicolau, existe uma aparente resistência na incorporação de tecnologias novas, como o aconselhamento e a abordagem da sexualidade, ao lado da persistência de mitos e preconceitos relativos à epidemia e seus portadores. Isso torna difícil o atendimento das mulheres vivendo com HIV/aids, o que requer maiores esforços de integração técnica e programática.

Muitas das ações essenciais do Plano estão contempladas no Pacto pela Saúde ou fazem parte da rotina da atenção básica e das diretrizes do SUS. Essa consonância deve ser mais explicitada para os técnicos, gestores e movimentos sociais, de modo a deixar claro que o desenvolvimento de ações integradas poupa recursos.

É essencial concentrar esforços na institucionalização do Plano Integrado, ampliação e fortalecimento de ações intersetoriais, bem como na inserção das ações do Plano nos processos de trabalho dos serviços de saúde.