

Compêndio de **Indicadores** de **Igualdade** de **Gênero** e **HIV/VIH**



por
Shelah S. Bloom
e
Svetlana Negroustoueva



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



 **UNAIDS**

**UN WOMEN**

**MEASURE**
Evaluation

— *Compêndio de* —

Indicadores de Igualdade de Gênero e HIV/VIH

por

Shelah S. Bloom

e

Svetlana Negroustoueva



Esta pesquisa contou com o apoio do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da Aids/SIDA (PEPFAR) por meio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID) nos termos do acordo de cooperação GHA-A-00-08-00003-00 com a MEASURE Evaluation, implementado pelas organizações: Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill com Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health e Tulane University. As opiniões expressas neste documento não são necessariamente equivalentes às opiniões do PEPFAR, do USAID ou do governo dos EUA. ms-13-82-pt (fevereiro de 2014). A foto da capa foi cedida como cortesia de Arne Hoel, do Banco Mundial.

A MEASURE Evaluation agradece imensamente a todos que participaram da redação do compêndio dos Indicadores de Igualdade de Gênero e HIV/VIH. Isso inclui os representantes de instituições governamentais, organizações da sociedade civil, organizações da ONU, agências bilaterais e multilaterais, ONGs internacionais e outros parceiros que participaram do processo de consulta participativa. Veja a lista completa de participantes no Anexo A.

Agradecimentos especiais aos membros do Núcleo de Planejamento pelas contribuições e pela orientação durante o processo:

Kyeremeh Atuahene, Comissão de Aids/SIDA de Gana

Seng Sut Wantha, Autoridade Nacional de Aids/SIDA do Camboja

Alessandra Nilo, GESTOS

Luisa Orza e Ebony Johnson, ATHENA Network

Avni Amin, Organização Mundial da Saúde

Funcionários da UNAIDS/ONUSIDA

Sara Hou e Leyla Sharafi, UNFPA

Joanna Barczyk, Fundo Global de Luta Contra a Aids/SIDA, Tuberculose e Malária

Daniela Ligiero, Gabinete do Coordenador do Programa Global de Luta contra a Aids/SIDA

Diana Prieto, USAID

Nazneen Damji, ONU Mulheres

Agradecemos também a Nazneen Damji, da ONU Mulheres; Diana Prieto, da USAID e Daniela Ligiero, do Gabinete do Coordenador do Programa Global de Luta contra a Aids/SIDA por liderar essa iniciativa.

Agradecemos a Jill Gay, Melanie Croce-Galis, Katherine Bourne e Saba Moussavi pelo apoio inestimável durante a pesquisa. Também agradecemos à ONU Mulheres e à UNFPA pelo suporte financeiro para organização das consultas e reuniões técnicas.

Também gostaríamos de agradecer o apoio financeiro de ONU Mulheres para traduzir o “Compêndio de Indicadores de Igualdade de Gênero e HIV/VIH” para o russo, o espanhol, o francês, e o português.

Citação recomendada:

Bloom SS, Negroustoeva S. *Compêndio de Indicadores de Igualdade de Gênero e HIV/VIH*. MEASURE Evaluation. Novembro de 2013.

É possível consultar o documento completo na seção de publicações da página da MEASURE Evaluation. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-13-82>

Siglas	v
Definições	vi
Prefácio	1
Igualdade de gênero e HIV/VIH	1
Criação e objetivo do compêndio	1
Organização do compêndio	2
Programa de monitoramento e avaliação	5
Qualificação de um bom indicador	9
Onde obter mais informações sobre monitoramento e avaliação	10
Lista de indicadores	11
Indicadores do Nível 1	11
Indicadores do Nível 2	12
Indicadores do Nível 3	14
Indicador 1 — Contexto social	16
1.1 — Marco jurídico e político	16
1.2 — Estigma e discriminação	19
1.3 — Violência baseada em gênero	24
1.4 — Normas de gênero	31
1.5 — Autonomia econômica e alfabetização	36
1.6 — Emergências humanitárias	38
Indicador 2 — Programas de intervenção	42
2.1 — Tratamento	42
2.2 — Orientação e teste	45
2.3 — Integração do serviço e conexões	48
2.4 — Envolvimento masculino	53
Indicador 3 — Populações que demandam atenção especial	55
3.1 — Pessoas que vivem com HIV/VIH	55
3.2 — Populações-chave	59
3.3 — Outras populações vulneráveis	64
Indicador 4 — Conhecimento e comportamento	68
4.1 — Comportamento sexual	68
4.2 — Conhecimento sobre HIV/Aids /VIH/SIDA	70
Indicador 5 — Prevalência de doenças e saúde reprodutiva	72
5.1 — Prevalência de doenças	72
5.2 — Saúde reprodutiva	73

<i>Áreas de desenvolvimento de indicador futuro</i>	<u>76</u>
Ambiente propício	<u>76</u>
Normas, empoderamento das mulheres e direitos de gênero	<u>78</u>
Saúde reprodutiva	<u>79</u>
Comportamento	<u>80</u>
Populações-chave e populações sob maior risco de infecção	<u>81</u>
Cenários de emergência e ajuda humanitária	<u>83</u>
Indicadores de resultado e de serviços de saúde	<u>83</u>
Indicadores do tráfico de pessoas	<u>84</u>
<i>Anexo A: Lista de participantes</i>	<u>86</u>

ACNUR	Escritório do Alto-Comissário das Nações Unidas para Refugiados
ARV	antirretrovirais
CSE	condição socioeconômica
DHS/AIS	Levantamento demográfico e de saúde / Levantamento do indicador de Aids/SIDA
EAS	exploração e abuso sexual
GARPR	Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA
GEM	Escala GEM – Atitudes Equitativas de Gênero para Homens (The Gender-Equitable Men)
GFATM	Fundo Global de Luta Contra a Aids/SIDA, Tuberculose e Malária
IPCN	Instrumento sobre Política e Compromisso Nacional
IST	infecção sexualmente transmissível
MA	monitoramento e avaliação
MERG	(UNAIDS/ONUSIDA) Grupo de Referência de Monitoramento e Avaliação
OCV	órfãos e crianças vulneráveis
OGAC	Gabinete do Coordenador do Programa Global de Luta contra a Aids/SIDA nos EUA
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU Mulheres	Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids /VIH/SIDA
PCA	populações-chave afetadas
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da Aids/SIDA
PMR	populações sob maior risco
PPE	profilaxia pós-exposição
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTMF	prevenção da transmissão de mãe para filho
PVHIV	pessoas vivendo com HIV/VIH
TB	tuberculose
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNGASS	Sessão Extraordinária da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre a Aids/SIDA
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VCM/M	violência contra mulheres e meninas
VBG	violência baseada em gênero
VPI	violência por parceiros íntimos

Gênero

é uma construção social e cultural, que exerce uma diferenciação entre as características de homens e mulheres, meninos e meninas. Por conseguinte, refere-se às funções e às responsabilidades de homens e mulheres.¹ A definição e as expectativas do que significa ser homem ou mulher, além das sanções por não aderir a essas expectativas, variam entre culturas e períodos, e geralmente interagem com outros fatores como raça, classe e idade. Os indivíduos transgêneros, identificados como homens ou mulheres, estão sujeitos às mesmas expectativas e sanções.

Sexo

refere-se às diferenças biologicamente determinadas, que definem os seres humanos como fêmea ou macho. Essas características biológicas não são mutuamente exclusivas, pois há indivíduos que possuem os dois tipos, mas elas tendem a diferenciar os seres humanos como machos e fêmeas.²

Igualdade de gênero

é o conceito de que todos os seres humanos, homens e mulheres, são livres para desenvolver as habilidades pessoais e fazer escolhas sem as limitações definidas por estereótipos, funções inflexíveis de gênero ou preconceitos. A igualdade de gênero significa que diferentes comportamentos, aspirações e necessidades de homens e mulheres são considerados, valorizados e favorecidos igualmente. Isso não significa que homens e mulheres sejam iguais, mas que seus direitos, suas responsabilidades e suas oportunidades não dependem do fato de serem do sexo masculino ou feminino.³

Equidade de gênero

significa igualdade de tratamento para homens e mulheres, de acordo com suas respectivas necessidades. Pode abranger a igualdade de tratamento ou o tratamento diferenciado, mas considerado equivalente em termos de direitos, benefícios, obrigações e oportunidades. No âmbito do desenvolvimento, um objetivo de equidade de gênero geralmente requer medidas integradas para compensar as desvantagens históricas e sociais que afetam as mulheres.³

Identidade de gênero

refere-se à experiência profunda, individual e interna do gênero, sentida por uma pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento. Inclui a sensação pessoal do corpo, que envolva, mediante livre escolha, a modificação da aparência ou da função corporal por meio de procedimento médico, cirúrgico ou de outra natureza, além de outras expressões de gênero, inclusive vestimentas, falas e trejeitos.

Análise de gênero

é uma forma sistemática de analisar os diferentes impactos de desenvolvimento, políticas, programas e legislação em homens e mulheres que acarreta, primeiramente, a coleta de dados desagrupados por sexo e informações de gênero sobre a respectiva população. A análise de gênero pode abranger o exame das várias maneiras com as quais homens e mulheres, como atores sociais, empregam estratégias para transformar as funções, os relacionamentos e os processos existentes conforme seus próprios interesses e os interesses de outros.³

Uma resposta para a Aids/SIDA transformativa de gênero

procura ir além dos aspectos de gênero específicos de HIV/Aids /VIH/SIDA, incorporando alte-

¹ <http://www.unicef.org/gender/training/content/scolIndex.html>

² http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/

³ Estratégia de Equidade de Gênero do Fundo Global

rações de estruturas existentes, instituições e relações de gênero em aspectos baseados na igualdade de gênero.³ Abrangem as políticas e os programas que visam transformar as relações de gênero para promover a igualdade e alcançar os objetivos do programa. Essa metodologia visa promover a igualdade de gênero por meio de: 1) fomento da análise crítica das desigualdades e dos papéis, normas e dinâmicas de gênero; 2) reconhecimento e reforço positivo das normas que fortalecem a igualdade e um ambiente propício; 3) promoção da posição relativa de mulheres, meninas e grupos marginalizados, além da transformação das estruturas sociais subjacentes, políticas e normas sociais amplamente aceitas que perpetuam as desigualdades de gênero.

Indicadores suscetíveis ao gênero

referem-se às medidas quantitativas que foram desagrupadas por sexo e outros estratificadores (tais como: idade, condição socioeconômica [SES], entre outros) que mostram se há diferenças nos resultados, nos comportamentos, no uso de serviços e em outras lacunas, entre e dentro, de subgrupos de mulheres e homens.

Indicadores de igualdade de gênero

referem-se às medidas que monitoram as alterações nas dinâmicas de poder das relações sexuais entre homens e mulheres, as normas individuais ou as atitudes em relação à igualdade de gênero (isto é, normas de gênero), o acesso e controle dos recursos econômicos, as oportunidades de emprego, o poder de decisão domiciliar entre mulheres, o status das mulheres, as normas comunitárias em relação à igualdade de gênero, assim como os marcos jurídicos e políticos para a igualdade de gênero em nível nacional.⁴

Populações-chave

são as populações que apresentam níveis bem mais elevados de risco de contaminação e transmissão de HIV/VIH, assim como as que apresentam maiores taxas de mortalidade e/ou morbidez dentro de um contexto epidemiológico definido. Em geral, as populações-chave apresentam índices de acesso ou de uso dos serviços significativamente inferiores aos do restante da população. Dependendo do tipo de epidemia e do contexto do país, alguns grupos populacionais talvez demandem atenção explícita (por exemplo, pessoas que injetam drogas, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero).⁵

Outras populações vulneráveis

são grupos de indivíduos que estão vulneráveis ao HIV/VIH, em comparação com os outros grupos da população, e que também apresentem menores taxas de acesso ou de uso dos serviços relevantes. A vulnerabilidade diz respeito à desigualdade de oportunidades, exclusão social, desemprego ou emprego precário e outros fatores sociais, culturais, políticos e econômicos que fazem com que uma pessoa esteja mais suscetível à infecção pelo HIV/VIH e ao desenvolvimento da Aids/SIDA. Os fatores subjacentes à vulnerabilidade reduzem a capacidade dos indivíduos e das comunidades de evitarem o risco de contraírem HIV/VIH e podem estar além do controle dos indivíduos. Isso abrange mulheres e meninas, pessoas transgênero, parceiros de clientes de profissionais do sexo, prisioneiros, refugiados, migrantes ou populações deslocadas internamente, soropositivos, adolescentes, jovens, órfãos e crianças vulneráveis, pessoas com deficiência, minorias étnicas, pessoas de grupos de baixa renda, pessoas que vivem em área rural ou geograficamente isolada, ou mesmo, outros grupos específicos do contexto do país.⁵

⁴ <http://www.oecd.org/dac/gender-development/44952761.pdf>

⁵ Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 - Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf

Igualdade de gênero e HIV/VIH

Gênero significa a manifestação de papéis socialmente construídos e das expectativas colocadas nos seres humanos com base no sexo. Os parâmetros de comportamento socialmente aceitável para homens e mulheres variam bastante entre as sociedades e são dinâmicos no decorrer do tempo. Décadas de pesquisas mundiais vêm demonstrando que a desigualdade de gênero e as violações dos direitos humanos das mulheres têm impacto negativo em uma série de resultados de saúde para adultos e crianças, inclusive o HIV/VIH, apresentando efeitos diretos e indiretos. As relações desiguais de poder e as desigualdades de acesso e controle dos recursos entre mulheres e homens, a violência contra mulheres e meninas (VCM/M) ou mesmo a ameaça de violência e a percepção de inferioridade das mulheres em relação aos homens aumentam a vulnerabilidade de mulheres e meninas ao HIV/VIH. Da mesma maneira, as normas prejudiciais de gênero e as práticas associadas ao que se considera masculino também desempenham um papel fundamental no risco e na vulnerabilidade de homens e meninas ao HIV/VIH. Essas normas de gênero também provocam diferenciais no uso dos serviços de saúde, na capacidade de aderir aos regimes de tratamento médico e em vários outros fatores que contribuem para os resultados e os riscos associados ao HIV/VIH. A desigualdade de gênero vem sendo reconhecida como uma força-motriz fundamental da epidemia de HIV/VIH por todas as organizações multilaterais e bilaterais que se concentraram na pandemia global.¹ Reconheceu-se que as políticas e os programas criados em resposta ao HIV/VIH devem abordar a desigualdade de gênero para que sejam eficazes.

Pouco a pouco, os principais interessados e atores que fazem parte da resposta ao HIV/VIH salientaram a necessidade de ter indicadores direcionados na desigualdade de gênero no contexto do HIV/VIH, ou seja, indicadores suscetíveis ao gênero. Embora já houvesse indicadores disponíveis, era necessário fornecer mais orientações em relação à definição de indicadores padronizados para medir as dimensões de gênero do HIV/VIH. Este compêndio visa fornecer essas orientações neste documento.

Criação e objetivo do compêndio

A pedido das organizações ONU Mulheres, UNAIDS/ONUSIDA, OMS, UNFPA, OGAC, USAID, PNUD e do Fundo Global, a MEASURE Evaluation redigiu este compêndio, seguindo um processo colaborativo que englobou uma grande reunião com os interessados em setembro de 2011. A lista de indicadores foi compilada pela MEASURE Evaluation em colaboração com o Núcleo de Planejamento que incluiu representantes das organizações ONU Mulheres, UNAIDS/ONUSIDA, OMS, GFATM, USAID, OGAC, bem como de parceiros do governo e da sociedade civil. Em seguida, essa lista foi apresentada aos interessados na reunião de setembro de 2011. O encontro envolveu representantes internacionais de órgãos governamentais e organizações não governamentais em nível multilateral, bilateral e dos países, além de representantes da sociedade civil. O objetivo da reunião era dar orientações sobre a lista dos indicadores que seriam incluídos no compêndio. Após a reunião, os comentários sobre a versão

¹ Estratégia de Igualdade de Gênero do Fundo Global: http://www.theglobalfund.org/documents/core/strategies/Core_GenderEquality_Strategy_en/.
Política de gênero da OMS: <http://www.who.int/gender/documents/policy/en/>.
UNAIDS/ONUSIDA, Eliminação das Desigualdades de Gênero: <http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments/eliminatinggenderinequalities/>

inicial foram solicitados aos participantes. Os membros do Núcleo de Planejamento tomaram as decisões finais sobre a lista de indicadores e a estrutura do compêndio com base nos seus conhecimentos e nos comentários dos participantes. Por meio desse processo, chegou-se a um consenso em relação às opções de indicadores de monitoramento e avaliação a serem usados por gestores de programas, organizações e formuladores de políticas que atuam na questão da igualdade de gênero no âmbito da resposta ao HIV/VIH. A lista de participantes da reunião está disponível no Apêndice A. O nome dos membros do Núcleo de Planejamento estão indicados por asterisco ao lado dos nomes.

O compêndio de indicadores abrange áreas programáticas fundamentais para a interseção entre gênero e HIV/VIH. Cada área programática inclui uma série de indicadores que podem ser utilizados em nível nacional, regional ou programático. Os indicadores do compêndio fazem parte ou são todos indicadores existentes utilizados em estudos, usados por países ou que foram adaptados a partir de indicadores existentes para abordar a interseção entre gênero e HIV/VIH. Os indicadores são mensuráveis por meio dos sistemas existentes de coleta de dados e informação (por exemplo: programa de monitoramento periódico, pesquisas, entre outros) na maioria dos países, embora alguns demandem estudos ou pesquisas especiais. A finalidade deste compêndio é disponibilizar um conjunto de indicadores para decisores políticos, organizações e gestores de programa para que “conheçam melhor a epidemia de HIV/VIH e saibam reagir” a partir de uma perspectiva de gênero para:

- reforçar o entendimento dos interessados em âmbito nacional e regional sobre a epidemia de HIV/VIH e a resposta a partir de uma perspectiva de igualdade de gênero;
- monitorar o progresso no sentido de eliminar as desigualdades baseadas em gênero nas respostas para os programas de HIV/VIH; e
- monitorar e avaliar os programas que abordam tipos específicos de intervenções de igualdade de gênero no âmbito do HIV/VIH.

Organização do compêndio

Os indicadores do compêndio são organizados em capítulos, refletindo as cinco principais áreas retratadas na Matriz de Determinantes Imediatos exibida na Ilustração 1 (contexto social, programas de intervenção, populações que demandam atenção especial, comportamento e conhecimento, saúde reprodutiva e prevalência de doenças), e em subseções nos capítulos. Cada subseção começa com uma breve descrição sobre a relevância daquela área para a questão do gênero e HIV/VIH. Os indicadores medem diversos aspectos dessas subseções. As listas são variadas para dar opção de escolha para que decisores políticos, organizações e gestores de programa selecionem os indicadores que sejam pertinentes às suas necessidades e sejam mensuráveis dentro de contexto (isto é, com base nos dados disponíveis), o que possibilitará a medição dos aspectos de gênero no âmbito do HIV/VIH.

Matriz para mapear os indicadores de igualdade de gênero e HIV/VIH

As áreas referentes à interseção entre gênero e HIV/VIH, usadas para organizar os indicadores deste compêndio, estão exibidas na Ilustração 1 na próxima página. Nas iterações anteriores dos determinantes imediatos dos modelos de saúde, o gênero foi incluído de forma implícita ou explícita como um fator subjacente. Por exemplo: em Boerma e Weir,² as funções e as normas de gênero fazem parte do contexto sociocultural em relação ao conhecimento e aos com-

² J. Ties Boerma and Sharon Weir, *Journal of Infectious Disease* 2005; 191 (Suppl 1): S61–7.

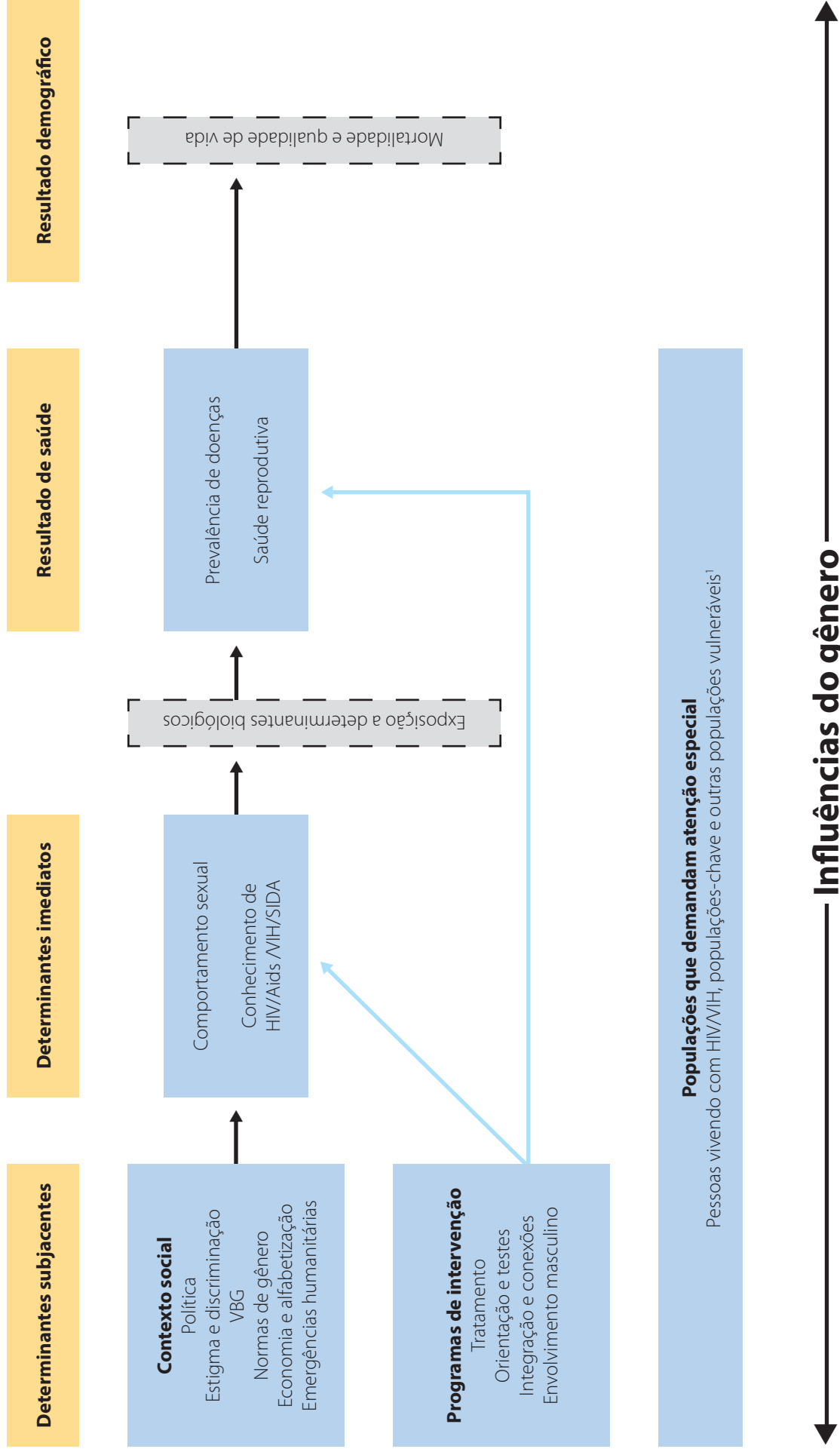


Ilustração 1: Matriz de Determinantes Imediatos para mapear indicadores de gênero e HIV/VIH, baseados no trabalho de Boerma & Weir, 2005²

¹ Populações-chave (pessoas vivendo com HIV/VIH, usuários de drogas injetáveis, homens que praticam sexo com homens, profissionais do sexo) e outras populações sob maior risco (outros grupos vulneráveis, migrantes, entre outros) são destacados nesta caixa, uma vez que esses grupos demandam atenção especial.

² J. Ties Boerma e Sharon Weir, *Journal of Infectious Disease* 2005: 191 (item 1): S61 – 7.

portamentos que levam ao risco de HIV/VIH. O modelo adaptado neste documento apresenta uma perspectiva diferente sobre a interação do gênero com os fatores que influenciam os riscos associados ao HIV/VIH. As funções e normas de gênero fazem parte do contexto subjacente da saúde, mas seus efeitos no risco de HIV/VIH são rastreados em todos os níveis da influência. O modelo foi selecionado e adaptado para demonstrar a importância de abordar o gênero em todos os níveis dos programas de HIV/VIH e, portanto, é necessário medir as influências do gênero nos níveis subjacente, imediato e nos resultados.

Os indicadores do compêndio foram mapeados para as cinco principais áreas programáticas definidas na matriz: contexto social, programas de intervenção, as populações que demandam atenção especial, comportamento e conhecimento, saúde reprodutiva e prevalência de doenças. Os fatores associados ao gênero são mensuráveis em todas as áreas programáticas. Alguns indicadores refletem o aspecto mais básico do gênero, destacando as diferenças entre homens, mulheres, meninas e meninos, usando dados desagrupados por sexo. Outros indicadores são medidas diretas da desigualdade de gênero, tais como as associadas às normas e crenças sociais ou a questões que, como a violência baseada em gênero, por sua vez, afetam os riscos associados ao HIV/VIH, o uso de serviços, a participação em programas e os resultados.

Os cinco grupos identificados na matriz representam as principais áreas globais que devem ser medidas para avaliar onde é possível demonstrar o progresso na execução de uma resposta suscetível ao gênero para o HIV/VIH. Os subgrupos de cada área foram identificados pelos interessados na reunião de setembro de 2011. Eles se basearam na disponibilidade dos indicadores existentes e na importância dessas áreas para monitorar e avaliar a interseção entre gênero e HIV/VIH. Os indicadores relacionados com os determinantes subjacentes, tais como os do “contexto social”, são importantes porque direcionam os padrões de comportamento e as circunstâncias que colocam as pessoas em risco de contrair o HIV/VIH.³ A coleta e a análise dos indicadores pertencentes aos determinantes imediatos e dos resultados disponibilizam as informações necessárias para documentar o progresso da abordagem do gênero na programação de HIV/Aids /VIH/SIDA. O compêndio apresenta uma seleção de medidas nessas áreas para ajudar os gestores de programas nacionais e regionais a entenderem como suas metodologias estão abordando o gênero e quais são as lacunas remanescentes para implantar uma resposta mais eficaz.

Formato do indicador

Todos os indicadores do compêndio apresentam o título, a definição (composta de numerador, denominador e desagrupamento recomendado) e são atribuídos a um “nível”. Disponibilizamos a referência de consulta para os indicadores que foram totalmente explicados em outros documentos para que o usuário tenha ideia da referência completa. Essas referências descrevem os dados necessários, o método de cálculo e as questões a serem consideradas na medição do indicador. Os indicadores remanescentes, que foram adaptados para o compêndio, possuem referências completas neste documento.

³ UNIFEM/ONU Promoção da igualdade de gênero nas respostas de HIV/Aids /VIH/SIDA.

Definições dos níveis

Os níveis foram definidos pelos membros do Núcleo de Planejamento e atribuídos aos indicadores pelos interessados na reunião de setembro de 2011.

- Os indicadores do **Nível 1** são os que estão em uso para monitorar programas nacionais e regionais. Os dados coletados referentes aos indicadores de Nível 1 costumam ser considerados na análise e na interpretação posterior em relação ao que dizem sobre as desigualdades entre homens e mulheres ou entre subgrupos de mulheres e homens.
- Os indicadores do **Nível 2** apresentam uma lista expandida de indicadores que podem ser empregados por países, projetos específicos, programas, estudos especiais e intervenções, sendo usados para monitorar e avaliar as dimensões da igualdade de gênero das respostas ao HIV/Aids /VIH/SIDA. Quando houver dados disponíveis referentes aos indicadores de Nível 2, eles devem ser incluídos para entender, monitorar e melhorar o progresso da igualdade de gênero. Quando essas informações não estiverem disponíveis, será necessário considerar como os dados desses indicadores são coletados e monitorados.
- Os indicadores do **Nível 3** foram considerados importantes no âmbito do gênero e HIV/VIH, com a sugestão de considerá-los nas necessidades do programa e em contextos específicos, ou mesmo, solicitando que sejam testados em campo por serem considerados essenciais nas novas áreas de medição.

Talvez esses indicadores precisem ser aprimorados e validados para uso futuro. Para facilitar a adaptação no país com os indicadores que já estão em uso, apresentamos uma tabela separada com todos os indicadores de Nível 1 na página 11.

Áreas de desenvolvimento de indicador futuro

O último capítulo, intitulado “Áreas de desenvolvimento de indicador futuro”, traz uma lista das áreas que não têm medidas existentes disponíveis no momento, mas que representam aspectos importantes da igualdade de gênero e HIV/VIH. Algumas dessas áreas foram descritas brevemente para demonstrar como indicadores de monitoramento e avaliação ajudariam a garantir que os países e programas abordem os aspectos de igualdade de gênero nas respostas ao HIV/VIH.⁴

Programa de monitoramento e avaliação

Monitoramento e avaliação é o processo pelo qual dados são coletados, analisados e apresentados para informar gestores de programa, decisores políticos e outras partes envolvidas sobre o progresso e os resultados da implementação do programa. O objetivo do monitoramento e da avaliação é avaliar e melhorar a implementação de programas, assim como demonstrar a eficácia. A forma como o programa coleta, analisa e divulga os dados é sistematicamente descrita no documento chamado Plano de Monitoramento e Avaliação. Por exemplo: um plano eficiente de monitoramento e avaliação ajudará a rastrear os programas de combate à violência contra mulheres e meninas (VCM/M) (ou os componentes de VCM/M de programas gerais), direcionando o processo necessário para atingir os objetivos declarados e descrever como eles irão demonstrar a eficácia das estratégias.

⁴ Além dos indicadores destacados no compêndio, o Grupo Interagência e o Grupo de Peritos sobre Estatísticas de Gênero, a pedido da Comissão Estatística das Nações Unidas, criou um conjunto de 52 indicadores de gênero. A lista foi oficialmente aprovada pela ONU em Fevereiro de 2013. Um trabalho metodológico está em andamento para refinar a lista. Os indicadores estão disponíveis em: <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc13/2013-10-GenderStats-E.pdf>

Programa de monitoramento

O monitoramento é o sistema de rastreamento de rotina do programa empregado para entender a eficácia dos programas em uma base diária, semanal, mensal ou trimestral, indicando onde há gargalos na implementação geral. O monitoramento mostra que as contribuições do programa são usadas com eficácia e levarão aos resultados esperados. Por exemplo: um programa criado para conscientizar e diminuir a estigmatização sobre o nível de violência por parceiros íntimos (VPI) em uma comunidade deverá acompanhar (ou monitorar) o nível de contribuições, tais como financiamento, tempo da equipe e criação de materiais, além de resultados (como o número de vezes que os trabalhadores fizeram apresentações em reuniões comunitárias). As mudanças detectadas nos níveis de desempenho esperados nessas contribuições e nesses resultados alertarão os gestores do programa sobre possíveis problemas.

Avaliação do programa

A avaliação é usada para demonstrar qual é o grau de eficácia dos programas em relação às metas e aos resultados. Os dados usados para a avaliação do programa serão captados de fontes diferentes, tais como coleta periódica de dados de levantamentos (DHS e MICS), de indicadores do programa ou de estudos especiais. As informações das avaliações do programa são usadas para revisar as práticas, melhorar os resultados desejados e divulgar as informações para os doadores (Relatório Global sobre Aids/SIDA, ODM, entre outros).

As avaliações do processo medem a qualidade e a integridade do programa, concentrando-se na implementação do programa e na avaliação da cobertura, em vez de se concentrarem em resultados ou efeitos desejados. Para que sejam úteis, as avaliações do processo são planejadas para acontecerem em períodos frequentes o suficiente para fazer alterações, mas após um tempo suficiente para demonstrar o que é necessário. A avaliação do processo costuma ser mais fácil do que medir os resultados ou os efeitos. Por exemplo: o programa comunitário de prevenção do HIV/VIH talvez conte quantas pessoas participaram das reuniões comunitárias e façam os ajustes necessários.

As avaliações dos efeitos medem se a mudança ou o resultado desejado foi obtido ou não. Os dados usados nesse tipo de avaliação costumam ser coletados por meio de um estudo especial de tempos em tempos, não de forma rotineira. O objetivo da avaliação do efeito é mostrar que as mudanças observadas na população em questão ocorreram como resultado do programa implementado. As avaliações dos efeitos são usadas para verificar as mudanças de conhecimento, comportamento, habilidades, normas comunitárias, utilização de serviços e indicadores de condição de saúde da população, tais como a prevalência de testes de HIV/VIH ou o conhecimento dos métodos de prevenção do HIV/VIH. Para medir a mudança, os dados de base da população-alvo, ou seja, os dados coletados antes da implementação do programa devem estar disponíveis para compará-los com os dados coletados após a realização do programa. É por isso que o planejamento é tão importante para a avaliação eficiente de um projeto. Quando os dados não são coletados antes do início do programa, a avaliação pode usar um tipo diferente de metodologia que compara a comunidade que foi exposta ao programa com uma comunidade que não tenha sido. Mas esse método não é aconselhável, pois talvez seja difícil encontrar comunidades comparáveis que realmente não tenham sido expostas ao programa em questão, tais como as mensagens de prevenção sobre HIV/VIH divulgadas em hospitais ou escolas.

As avaliações de impacto mostram como a mudança pode ser atribuída ao programa, tais como melhorias na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/VIH. Essas avaliações são mais difíceis de realizar e exigem projetos de estudo muito específicos para medir a abrangência da

mudança observada no efeito desejado atribuível ao programa. Essas avaliações demandam um nível especial de assistência técnica e recursos financeiros significativos.

As informações das avaliações de impacto e dos efeitos demonstrarão estratégias promissoras de prevenção e resposta que possam ser implementadas em outros locais. As informações fornecidas pelos programas devem ser incluídas em um sistema mais abrangente de monitoramento e avaliação nacional ou internacional, seguindo o princípio “Três 1s”.⁵ As informações divulgadas neste nível provável atrairão atenção e suporte suficientes para influenciar a política internacional e garantir o financiamento.

Monitoramento e avaliação do gênero nas respostas ao HIV/Aids /VIH/SIDA

A importância do monitoramento e da avaliação suscetível ao gênero nos programas de HIV/VIH é fundamentada em função da necessidade de rastrear a diferença dos efeitos e impactos dos programas de HIV/VIH entre diferentes subgrupos de mulheres e homens, bem como para compreender melhor como a desigualdade de gênero atua como fator determinante do HIV/VIH entre homens e mulheres, inclusive mulheres e homens transgênero. Essa informação é necessária para que formuladores de políticas e gestores de programas tomem decisões eficazes. Além disso, cada vez mais, ela vem sendo exigida por doadores para monitorarem o andamento e os resultados da programação de HIV/VIH em relação à redução das vulnerabilidades de mulheres e homens.

Os indicadores suscetíveis ao gênero referem-se às medidas quantitativas que foram desagrupadas por sexo e outros fatores (tais como: idade, condição socioeconômica [SES], entre outros) que mostram se há diferenças nos resultados, nos comportamentos, no uso de serviços, bem como entre e dentro de subgrupos de mulheres e homens. Além de indicadores de HIV/VIH que são devidamente desagrupados, é necessário coletar, compilar e monitorar indicadores que forneçam, diretamente ou por representação, informações sobre a desigualdade de gênero como um determinante subjacente da vulnerabilidade de homens e mulheres ao HIV/VIH. As medidas de igualdade de gênero que monitoram as alterações nas dinâmicas de poder das relações sexuais entre homens e mulheres, as normas individuais ou as atitudes em relação à violência por parceiros íntimos, o acesso e controle dos recursos econômicos, as oportunidades de emprego, o poder de decisão das mulheres no lar, o status das mulheres, as normas comunitárias em relação à igualdade de gênero, assim como os marcos jurídicos e políticos para igualdade de gênero em nível nacional.⁶ No nível mais básico, os indicadores suscetíveis ao gênero:

- Ajudam a identificar as desigualdades entre e/ou dentro de subgrupos de mulheres e meninas e de homens e meninos que devam ser corrigidos;
- Demandam a coleta de dados desagrupados por sexo, idade e grupos étnicos e socioeconômicos;
- Devem ser desenvolvidos para coletar dados sobre os fatores que meçam a mudança no decorrer do tempo, uma vez que leva tempo para que as estruturas sociais e os valores associados ao gênero mudem; e
- São desenvolvidos, coletados e usados por meio de metodologias participativas que envolvam as comunidades afetadas de homens e mulheres.

O processo de monitoramento e a avaliação suscetível ao gênero no contexto do HIV/VIH segue os princípios de “Três 1s” para direcionar as respostas nacionais ao HIV/Aids /VIH/SIDA.⁷

⁵ UNAIDS/ONUSIDA, http://data.unaids.org/una-docs/three-ones_keyprinciples_en.pdf

⁶ <http://www.oecd.org/dac/gender-development/43041409.pdf>

⁷ http://data.unaids.org/una-docs/three-ones_keyprinciples_en.pdf

Um sistema de monitoramento e avaliação (susceptível ao gênero) deverá reforçar a capacidade dos sistemas de informação coletarem e divulgarem dados e análises desagrupadas por sexo e outros estratificadores (por exemplo: idade, SES, etnia, entre outros).⁸ Para abordar as raízes desses diferenciais, é necessário medir os indicadores de igualdade de gênero que capturam os fatores estruturais, tais como as dimensões de poder associadas ao gênero entre mulheres e homens. O uso de indicadores de igualdade de gênero e susceptíveis ao gênero informará como programas, políticas e serviços devem ser concebidos para atender às necessidades específicas das pessoas mais afetadas. Os indicadores susceptíveis ao gênero também monitorarão e avaliarão os progressos alcançados pelos programas para reduzir as desigualdades que provocam as diferenças no risco e no impacto do HIV/VIH.⁹

Esse recurso oferece indicadores quantitativos de gênero e HIV/VIH. É necessário observar que apenas uma parte do panorama será capturada por medidas quantitativas. A pesquisa qualitativa oferece uma percepção mais profunda sobre as dimensões de igualdade de gênero de HIV/Aids /VIH/SIDA. As metodologias qualitativas registram experiências pessoais, opiniões, atitudes e sentimentos que não são mensuráveis por métodos quantitativos, mas costumam ser necessários para entender o que se observa em uma medida quantitativa. Por exemplo: os dados qualitativos explicam porque observa-se um diferencial na adesão à terapia antirretroviral entre homens e mulheres em idade adulta. Estudos qualitativos complementam os resultados quantitativos e devem ser realizados para implantar uma resposta mais abrangente e sensível do ponto de vista cultural.¹⁰

A análise do gênero examina as diferenças na vida de homens e mulheres, aplicando esse entendimento à política de desenvolvimento e à disponibilização dos serviços.¹¹ Uma análise do gênero aplicada aos programas de HIV/VIH poderia começar com uma análise dos dados que meça as desigualdades entre homens/meninos e mulheres/meninas, bem como essas desigualdades interagem com a disseminação e o impacto de HIV/Aids /VIH/SIDA. Talvez as mulheres tenham menos direitos e acesso à informação do que os homens em alguns contextos. Os direitos de herança, por exemplo, são muito pertinentes porque podem propiciar independência econômica para as mulheres. Se eles forem negados, a mulher pode ser forçada a buscar fontes alternativas de renda, colocando-a sob risco de contrair HIV/VIH. Os indicadores susceptíveis ao gênero e à igualdade de gênero, por sua vez, fornecem os dados necessários para analisar o gênero na situação do HIV/VIH e dos respectivos programas. Uma análise de gênero mostraria aos decisores como os programas e as políticas podem abordar as desigualdades de gênero. Os programas que imponham dificuldades às mulheres (por exemplo: cuidados em domicílio) ou que ignorem a vulnerabilidade das mulheres à infecção podem ser evitados. Em contrapartida, é possível implementar programas de transformação de gênero que desafiarão as normas injustas ou que aproveitarão as contribuições de homens e mulheres, nas suas respectivas funções sociais, na resposta ao HIV/Aids /VIH/SIDA.

⁸ Transformando a Resposta Nacional à Aids/SIDA, à Igualdade de Gênero e aos Direitos Humanos das Mulheres no Princípio “Três 1s”: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2012/1/transforming-the-national-aids-response>

⁹ Por que o sexo, o gênero e a idade são importantes nos programas e nas respostas baseados em provas factíveis?: <https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/download/attachments/46081625/SADD.pdf?version=1&modificationDate=1313521808000>

¹⁰ ONU Mulheres, Promoção da igualdade de gênero nas respostas ao HIV/Aids /VIH/SIDA.

¹¹ CIDA, Análise de gênero: [http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/\\$file/Policy-on-Gender-Equality-EN.pdf](http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/$file/Policy-on-Gender-Equality-EN.pdf)

Qualificação de um bom indicador

Um indicador é uma variável que mede um aspecto específico de um programa ou projeto. Para ser eficaz, os indicadores devem refletir as metas e os objetivos específicos de um programa. São usados para mostrar que as atividades foram implementadas de acordo com o planejamento ou que o programa influenciou uma mudança em um resultado almejado. O aspecto específico do programa medido por um indicador pode ser uma contribuição, um resultado ou um efeito esperado. Há vários critérios que descrevem um bom indicador. Os indicadores devem ser válidos, confiáveis e comparáveis (entre períodos e locais), não direcionais, precisos, mensuráveis e importantes para o programa.

- **Validade:** os indicadores devem medir os aspectos do programa para os quais foram criados.
- **Especificação:** os indicadores devem medir apenas os aspectos do programa para os quais foram criados.
- **Confiabilidade:** os indicadores devem minimizar o erro de medição e devem produzir os mesmos resultados de forma coerente ao longo do tempo, independentemente do observador ou entrevistado.
- **Comparabilidade:** os indicadores devem usar unidades e denominadores comparáveis que possibilitarão uma maior compreensão do impacto ou da eficácia entre grupos populacionais distintos ou metodologias de programa.
- **Não direcional:** os indicadores devem ser desenvolvidos para permitir a mudança em qualquer direção, sem especificar uma direção na formulação (por exemplo: um indicador deve ser formulado como “o nível de conscientização”, em vez de “maior conscientização”).
- **Precisão:** os indicadores devem ter definições claras e bem especificadas.
- **Viabilidade:** é possível medir o indicador usando os métodos e as ferramentas disponíveis.
- **Relevância para o programa:** os indicadores devem estar vinculados a uma contribuição, um resultado ou um efeito do programa.

Além disso, o Grupo de Referência de Monitoramento e Avaliação (MERG) da UNAIDS/ONUSIDA concordou em usar um conjunto de normas e criou uma ferramenta para avaliar em que medida essas normas aplicam-se a diferentes indicadores em várias configurações, quando seja necessário ou desejável que os países signatários dos compromissos globais, tais como a Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011, divulguem informações.¹²

As normas visam facilitar a criação e a revisão dos indicadores relevantes, úteis e viáveis. As diretrizes estipulam que um indicador deve respeitar estes cinco padrões:

1. O indicador é necessário e útil;
2. O indicador tem mérito técnico;
3. O indicador foi completamente definido;
4. É viável coletar e analisar dados para esse indicador;
5. O indicador foi testado em campo ou usado na prática.

A qualidade dos indicadores depende da qualidade dos dados usados para medi-los. A qualidade de dados é garantida por meio do uso de sistemas de coleta de dados com protocolos direcionados com afinco. Mas a qualidade pode ser afetada a qualquer momento, inclusive dependendo de como os dados foram registrados nos formulários (informatizados ou não),

¹² UNAIDS/ONUSIDA: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4_3_MERG_Indicator_Standards.pdf

de como foram calculados nos níveis mais elevados e de como foram analisados para calcular indicadores específicos. Muitos fatores pioram a qualidade dos dados, dentre eles:

- Contagem dobrada (ou mais), quando uma pessoa, um serviço ou outro aspecto programático for contado mais de uma vez;
- Falta de cobertura para garantir a representação da população-alvo ou dos serviços a serem incluídos no indicador;
- A precisão usada na criação e na divulgação dos registros para um sistema superior;
- A precisão usada para registrar os dados, bem como se eles retratam ou não as informações atualizadas (prontidão); e
- A integridade de registro dos dados (as pessoas têm interesse em não registrá-los com precisão?).

As pessoas que coletam e processam os dados precisam ser treinadas para entender o grau de importância da qualidade dos dados para o sucesso do programa, bem como devem ser capacitadas com as habilidades necessárias para preservá-la. A qualidade dos dados deve ser abordada no Plano de Monitoramento e Avaliação com a descrição dos padrões usados para coleta, armazenamento, análise e relatórios.

Onde obter mais informações sobre monitoramento e avaliação

As informações desta seção introduzem a lógica do monitoramento e da avaliação, bem como as definições e os conceitos básicos. Para obter informações mais detalhadas sobre monitoramento e avaliação, consulte:

- Página da MEASURE Evaluation (<http://www.measureevaluation.org>) que inclui cursos em linha e ligações para publicações e outras páginas da internet relativas a aspectos específicos sobre o tema.
- Ferramentas e orientações da UNAIDS/ONUSIDA e do MERG (Grupo de Referência de Monitoramento e Avaliação) (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance/>).
- AIDSinfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>) é uma ferramenta de visualização e difusão de dados para facilitar o uso de dados associados à Aids/SIDA nos países e no mundo. Os dados de indicadores-chave de muitos países são apresentados em um formato acessível.
- Portal global de monitoramento e avaliação para HIV/VIH (<http://www.globalhivmeinfo.org>), criado por especialistas da área para apoiar as iniciativas de HIV/Aids /VIH/SIDA, oferecendo informações para capacitação e oportunidades de desenvolvimento profissional sobre monitoramento e avaliação no contexto do HIV/VIH.
- O registro de indicadores chamado *Indicator Registry* (http://www.who.int/gho/indicator_registry/en/) é um repositório central de informações sobre indicadores usados para monitorar a epidemia de Aids/SIDA e a resposta nacional, regional e global. Os indicadores selecionados neste compêndio remetem ao registro para a obtenção de informações sobre o indicador na sua totalidade.

Os indicadores do Nível 1 são os que estão em uso para monitorar programas nacionais e regionais. Os indicadores do Nível 2 apresentam uma lista expandida de indicadores que podem ser empregados por países, projetos específicos, programas, estudos especiais e intervenções, sendo usados para monitorar e avaliar as dimensões da igualdade de gênero das respostas a HIV/Aids /VIH/SIDA. Os indicadores do Nível 3 foram considerados importantes no âmbito do gênero e HIV/VIH, com a sugestão de considerá-los nas necessidades do programa e em contextos específicos, ou mesmo, solicitando que sejam testados em campo, pois foram considerados essenciais nas novas áreas de medição. Talvez esses indicadores precisem ser aprimorados e validados para uso futuro.

Indicadores do Nível 1

1	CONTEXTO SOCIAL	PÁGINA
1.1	Marco jurídico e político	
1.1.1	Existência de uma estratégia multissetorial para responder ao HIV/VIH que tenha orçamento específico para mulheres portadoras de HIV/VIH	16
1.1.2	Legislação, regulamentos ou políticas que apresentam obstáculos à prevenção eficaz do HIV/VIH, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio para as populações-chave e os grupos vulneráveis	17
1.3	Violência baseada em gênero	
1.3.1	Prevalência de violência recente por parceiros íntimos (VPI)	24
1.3.2	Prevalência de violência por parceiros íntimos	25
1.4	Normas de gênero	
1.4.1	Proporção de mulheres e homens que dizem que agredir a esposa é uma forma aceitável dos maridos disciplinarem as parceiras	31
1.4.2	Proporção de entrevistados de 15 a 49 anos de idade que acreditam que, caso o marido tenha uma DST, a mulher poderá propor o uso do preservativo	32
1.4.3	Porcentagem de mulheres casadas entre 15 e 49 anos que costumam tomar decisões sobre a própria saúde sozinhas ou junto com os maridos	32
1.4.4	Casamento infantil	33
1.5	Autonomia econômica e alfabetização	
1.5.1	A porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos que possuem propriedade ou recursos para produção de bens, serviços e/ou rendimentos no próprio nome	36
1.5.2	A proporção de mulheres assalariadas fora do setor agrícola	36
1.5.3	Total da taxa de matrícula líquida (TML) na educação primária	37
2	PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO	PÁGINA
2.1	Tratamento	
2.1.1	Tratamento do HIV/VIH: terapia antirretroviral	42
2.1.2	Retenção de doze meses em terapia antirretroviral	43
2.1.3	Prevenção da transmissão de mãe para filho	43
2.2	Orientação e teste	
2.2.1	Porcentagem de homens e mulheres entre 15 e 49 anos que fizeram teste de HIV/VIH nos últimos doze meses e sabem qual é o resultado	45

2.3 Integração do serviço e conexões

2.3.1	Porcentagem estimada dos soropositivos com TB que receberam tratamento para TB e HIV	49
-------	--	--------------------

3 POPULAÇÕES QUE DEMANDAM ATENÇÃO ESPECIAL **PÁGINA**

3.2 Populações que demandam atenção especial

3.2.1	Porcentagem de populações-chave que participaram de programas de prevenção do HIV/VIH	59
3.2.2	Profissionais do sexo: programas de prevenção	59
3.2.3	Prevalência do HIV/VIH em populações-chave	59
3.2.4	Pessoas que injetam drogas: práticas seguras do uso de seringas	60
3.2.5	Profissionais do sexo: uso de preservativo	60
3.2.6	Pessoas que injetam drogas: uso de preservativo	60

3.3 Outras populações vulneráveis

3.3.1	Frequência escolar de órfãos	64
3.3.2	Apoio econômico externo para as famílias mais carentes	65
3.3.3	Proporção de crianças menores de 15 anos que estão trabalhando	67

4 CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO **PÁGINA**

4.1 Comportamento sexual

4.1.1	Sexo antes dos 15 anos	68
4.1.2	Uso de preservativo na última relação sexual entre pessoas que têm múltiplos parceiros	68
4.1.3	Sexo intergeracional entre as mulheres jovens	68

4.2 Conhecimento sobre HIV/Aids /VIH/SIDA

4.2.1	Jovens: conhecimento sobre a prevenção do HIV/VIH	70
4.2.2	Conhecimento de provedor formal de preservativos entre os jovens	71

5 PREVALÊNCIA E SAÚDE REPRODUTIVA **PÁGINA**

5.1 Prevalência

5.1.1	Prevalência do HIV/VIH em jovens	72
-------	----------------------------------	--------------------

5.2 Saúde sexual e reprodutiva

5.2.1	Taxas de fertilidade de adolescentes	73
5.2.2	Prevalência de uso de anticoncepcional pelas mulheres	74

Indicadores do Nível 2

1 CONTEXTO SOCIAL **PÁGINA**

1.1 Marco jurídico e político

1.1.3	Proporção de forças policiais que seguem um protocolo estabelecido no país para as queixas sobre violência contra mulheres e meninas	17
-------	--	--------------------

1.2 Estigma e discriminação

1.2.1	Proporção de pessoas vivendo com HIV/VIH que recentemente sofreu estigmatização e discriminação associadas ao estado sorológico.	19
-------	--	--------------------

1.2.2	Porcentagem de locais de trabalho que empregam políticas não discriminatórias que abordam o estado sorológico, a igualdade de gênero e a orientação sexual	20
1.2.3	Proporção de clientes que se sentiram à vontade para discutir as práticas sexuais com os provedores dos serviços prestados	21
1.2.4	Atitudes discriminatórias em relação às pessoas vivendo com HIV/VIH	21
1.3	Violência baseada em gênero	
1.3.3	Porcentagem elegível de sobreviventes de estupro que informam o ocorrido aos serviços de saúde dentro de 72 horas e recebem cuidados médicos adequados	26
1.3.4	Número de prestadores de serviços de HIV/VIH treinados para identificar e prestar cuidados para os sobreviventes de VCM/M	26
1.3.5	Proporção de mulheres entre 15 e 49 anos que informam ter sofrido violência sexual com idade inferior a 15 anos	27
1.6	Emergências humanitárias	
1.6.1	Número de mulheres e meninas que denunciam incidentes de violência sexual por 10.000 habitantes da área de emergência durante um período específico	38
1.6.2	Proporção de denúncias de incidentes de exploração e abuso sexual, resultando em acusação formal e/ou rescisão de funcionários do serviço humanitário	39
1.6.4	Protocolos alinhados aos padrões internacionais que tenham sido estabelecidos para o manejo clínico de sobreviventes de violência sexual dentro da área de emergência em todos os níveis do sistema de saúde	39
1.6.5	Porcentagem de sobreviventes de estupro da área de emergência que informam o ocorrido aos serviços de saúde ou aos profissionais de saúde dentro de 72 horas e recebem cuidados médicos adequados	40

2 PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PÁGINA

2.1	Tratamento	
2.1.4	Porcentagem de pacientes infectados pelo HIV/VIH que têm uma coinfeção com HIV/VIH ou hepatite B viral e recebem tratamento para hepatite B	44
2.2	Orientação e teste	
2.2.2	Porcentagem de homens e mulheres entre 15 e 24 anos com vida sexual ativa que fizeram teste de HIV/VIH nos últimos doze meses e sabem qual foi o resultado	46
2.2.3	Número de pessoas vivendo com HIV/VIH cujos parceiros sexuais fizeram um teste de HIV/VIH no local, usaram os serviços de orientação e receberam os resultados.	46
2.3	Integração do serviço e conexões	
2.3.2	Proporção de clientes encaminhados que completaram o tratamento	49
2.4	Envolvimento masculino	
2.4.1	Número de visitas feitas por jovens do sexo masculino a serviços específicos de saúde sexual e reprodutiva	53
2.4.2	Porcentagem de mulheres grávidas que usam os serviços de pré-natal, cujo parceiro masculino fez teste de HIV/VIH	54

3 POPULAÇÕES QUE DEMANDAM ATENÇÃO ESPECIAL PÁGINA

3.1	Pessoas vivendo com HIV/VIH	
3.1.1	Porcentagem de pacientes recebendo terapia antirretroviral que se beneficiam de programas para microempresa ou microfinanças	55

3.2	Populações que demandam atenção especial	
3.2.7	Pessoas que injetam drogas: programas de prevenção	61
3.2.8	Porcentagem das populações-chave com sífilis ativa	63
3.2.9	Número de usuários de drogas injetáveis que fazem terapia de substituição de opiáceos (TSO)	63

5	PREVALÊNCIA E SAÚDE REPRODUTIVA	PÁGINA
5.1	Prevalência	
5.1.2	Jovens que têm uma infecção sexualmente transmissível	72
5.2	Saúde sexual e reprodutiva	
5.2.3	Teste de câncer de colo do útero	74

Indicadores do Nível 3

1	CONTEXTO SOCIAL	PÁGINA
1.1	Marco jurídico e político	
1.1.4	Existência de áreas de HIV/VIH associadas à igualdade gênero em um ou mais planos gerais de desenvolvimento do país	18
1.1.5	Proporção de deputadas dos parlamentos nacionais	18
1.2	Estigma e discriminação	
1.2.5	Proporção de trabalhadores que informam ter medo de perder o emprego ou oportunidades profissionais se usarem os serviços de aconselhamento e teste voluntário	23
1.2.6	Número de funcionários treinados sobre a finalidade e a aplicação de políticas de combate à discriminação em relação a orientação sexual, identidade de gênero ou estado sorológico	24
1.3	Violência baseada em gênero	
1.3.6	Proporção de mulheres que foram entrevistadas sobre violência física e sexual durante uma visita a uma unidade de saúde	27
1.3.7	Proporção dos serviços sociais que oferecem serviços de VBG a uma distância acessível	28
1.3.8	Porcentagem de escolas que têm procedimentos para tomar medidas em casos de abuso sexual	28
1.3.9	Porcentagem de escolas que treinam os funcionários sobre questões físicas e sexuais relativas a VCM/M	29
1.3.10	Proporção de unidades de saúde que têm produtos e medicamentos para o manejo clínico de casos de VCM/M	29
1.3.11	Proporção de forças policiais que seguem um protocolo estabelecido no país para as queixas sobre violência contra mulheres e meninas	30
1.4	Normas de gênero	
1.4.5	Indicadores de autonomia das mulheres	34
1.4.6	Proporção de pessoas que estão cientes dos direitos legais das mulheres	35
1.4.7	Número de adultos e crianças que participaram de intervenção ou serviço prestado por um indivíduo, um grupo pequeno ou comunitário que aborda explicitamente os direitos legais e as proteções de mulheres e crianças afetadas por HIV/Aids /VIH/SIDA	35

1.5	Autonomia econômica e alfabetização	
1.5.4	Porcentagem de mulheres que ganham dinheiro	37
1.5.5	Porcentagem da população de 15 a 24 anos que lê e escreve, sendo capaz de compreender uma declaração simples e curta sobre a vida cotidiana	37
1.6	Emergências humanitárias	
1.6.3	Porcentagem de manuais militares, procedimentos de política de segurança nacional, códigos de conduta, procedimentos e protocolos operacionais das forças de segurança nacional que incorporam medidas para proteger os direitos humanos de mulheres e meninas, disponíveis na área de emergência	40
2	PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO	PÁGINA
2.2	Orientação e teste	
2.2.4	Porcentagem de indivíduos maiores de 15 anos que receberam serviços de aconselhamento e teste voluntário de HIV/VIH para casais e sabem os resultados do teste de HIV/VIH, juntamente com o(s) parceiro(s) nos últimos doze meses	48
2.3	Integração do serviço e conexões	
2.3.3	Número de mulheres soropositivas e de homens soropositivos com parceiras sexuais que receberam métodos anticoncepcionais modernos no local de atendimento	49
2.4	Envolvimento masculino	
2.4.3	Disponibilidade de informações acessíveis, relevantes e corretas sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR) que foram adaptadas para os jovens	54
3	POPULAÇÕES QUE DEMANDAM ATENÇÃO ESPECIAL	PÁGINA
3.1	Pessoas vivendo com HIV/VIH	
3.1.2	Proporção de pessoas menores de 15 anos vivendo com HIV/VIH que receberam aconselhamento e apoio para tratamento de alcoolismo no local de atendimento	55
3.1.3	Porcentagem de PVHIV que ouviram falar da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids /VIH/SIDA	57
3.1.4	Porcentagem de PVHIV que estão cientes dos seus direitos e sabem como protegê-los	58
4	CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO	PÁGINA
4.1	Comportamento sexual	
4.1.4	Uso de preservativo na última relação sexual de pessoas solteiras	69
4.2	Conhecimento sobre HIV/Aids /VIH/SIDA	
4.2.3	Informação sobre competências de vida na escola para os jovens	71
5	PREVALÊNCIA E SAÚDE REPRODUTIVA	PÁGINA
5.2	Saúde sexual e reprodutiva	
5.2.4	Prevalência de uso de anticoncepcional entre mulheres soropositivas	75

1.1 Marco jurídico e político

Para alcançar o acesso universal a prevenção, tratamento, cuidados e apoio, a resposta ao HIV/ Aids /VIH/SIDA precisa de desenvolvimento de políticas que abordem as preocupações relacionadas ao gênero. A discriminação de gênero, a violência baseada em gênero, a homofobia e a desinformação são forças-motrizes poderosas da epidemia de HIV/VIH. As pessoas e os indivíduos de orientações sexuais diferentes que se distanciam das normas de gênero aceitas enfrentam discriminação na forma de matança, execução extrajudicial, tortura, estupro, detenções arbitrárias, julgamentos injustos e, no caso das mulheres, esterilização coagida, gravidez forçada e casamento precoce ou forçado. Essas violações dos direitos humanos são realizadas por funcionários ou autoridades do estado ou por partes envolvidas não estatais, mas com a cumplicidade real ou implícita da impunidade do estado. Além disso, as mulheres costumam ser prejudicadas por leis de herança discriminatórias ou por práticas habituais, negando o acesso de mulheres e o direito à terra e à propriedade. Muitas mulheres sem direito à terra e à propriedade acabam em situação de insegurança econômica e ficam suscetíveis à pobreza, tornando-as vulneráveis à violência e ao HIV/VIH, pois dependem de cônjuges ou parentes do sexo masculino para sobreviver.¹³

Os indicadores nacionais de igualdade de gênero avaliarão se as políticas e os programas refletem as desigualdades estruturais (tais como o compromisso político, a legislação nacional e os marcos jurídicos). Eles poderão medir as manifestações das desigualdades de gênero (tais como taxas de retenção mais baixas das meninas na educação, comparadas com as taxas dos meninos, ou a prevalência da violência contra mulheres), ou ainda, poderão referir-se ao impacto causado em homens e mulheres pela falta de provisão governamental de serviços básicos. Embora as políticas e as leis pertinentes ao gênero não resolvam esses problemas, elas formam a base para que eles possam começar a serem resolvidos. Os indicadores desta seção abrangem diferentes objetivos de políticas relacionadas ao gênero e ao HIV/VIH. O monitoramento destas questões é fundamental para o desenvolvimento, a revisão e a atualização periódica dos parâmetros de ação nacional de Aids/SIDA (isto é, as visões estratégicas ou os planos).

NÍVEL 1

1.1.1 Existência de uma estratégia multissetorial para responder ao HIV/VIH que tenha orçamento específico para mulheres portadoras de HIV/VIH

Definição: Em um país que tenha desenvolvido uma estratégia multissetorial para responder ao HIV/VIH, incluiu-se um orçamento específico para o setor feminino.

Sim: O país desenvolveu uma estratégia multissetorial para responder ao HIV/VIH e tem um orçamento específico para as atividades do setor feminino.

Não: O país desenvolveu uma estratégia multissetorial para responder ao HIV/VIH e não tem um orçamento específico para as atividades do setor feminino.

¹³ Swaminathan H, Rugadya M, Walker C. *Women's property rights, HIV and AIDS and domestic violence: Research findings from two districts in South Africa and Uganda*. África do Sul: HSRC Press, 2008.

Referência completa (página 84): Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2012, parte do instrumento NCPI: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf

1.1.2 Existência de legislação, regulamentos ou políticas que apresentam obstáculos à prevenção eficaz do HIV/VIH, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio para as populações-chave e os grupos vulneráveis

Definição: O país possui legislação, regulamentos ou políticas que apresentam obstáculos à prevenção eficaz do HIV/VIH, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio para as populações-chave e os grupos vulneráveis.

Sim: O país possui pelo menos uma legislação, um regulamento ou uma política que apresente obstáculos à prevenção eficaz do HIV/VIH, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio para as populações-chave e os grupos vulneráveis.

Não: O país não possui nenhuma legislação, nenhum regulamento ou nenhuma política que apresente obstáculos à prevenção eficaz do HIV/VIH, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio para as populações-chave e os grupos vulneráveis.

Referência completa (página 84): Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2012, parte do instrumento NCPI: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf

NÍVEL 2

1.1.3 Proporção de forças policiais que seguem um protocolo nacional para as queixas sobre violência contra mulheres e meninas

Definição: A proporção de forças policiais que seguem protocolos nacionais relativos à gestão das queixas de VCM/M.

Numerador: O número de forças policiais em uma região ou um país que sigam um protocolo nacional de VCM/M ao investigar queixas. Se não houver nenhum protocolo nacional sobre a gestão de casos de VCM/M, esse indicador não poderá ser medido. O protocolo deve abranger as seguintes áreas:

- Como e onde as sobreviventes de VCM/M devem ser entrevistadas;
- Como se garante a confidencialidade;
- Tipo de investigação e acompanhamento realizados após a queixa;
- Como mulheres e meninas são protegidas após a queixa.

Denominador: Número total de forças policiais pesquisadas.

Desagrupado por: Região ou província.

Referência completa: VAW/G Compendium 5.3.1 (p. 114): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

NÍVEL 3

1.1.4 Existência de áreas de HIV/VIH associadas à igualdade gênero em um ou mais planos gerais de desenvolvimento do país

Definição: O país integrou o HIV/VIH a um plano de desenvolvimento geral e, especificamente, incluiu no plano a redução da desigualdade de gênero associada ao VIH/VIH e ao empoderamento econômico das mulheres.

Sim: As seguintes áreas específicas associadas ao HIV/VIH foram incluídas em um ou mais planos de desenvolvimento do país:

- Redução das desigualdades de gênero por estarem associadas à prevenção, ao tratamento, aos cuidados e/ou ao apoio de HIV/VIH.
- Empoderamento econômico de mulheres (por exemplo: acesso ao crédito, acesso à terra e formação).

Não: Esses elementos associados ao gênero, específicos ao HIV/VIH não foram incluídos no plano geral de desenvolvimento.

Referência completa (página 84): Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2012, parte do instrumento NCPI: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_en.pdf

1.1.5 A proporção de deputadas nos parlamentos nacionais

Definição: O número de vagas nos parlamentos nacionais que são ocupadas por deputadas entre todos os parlamentares.

Numerador: Número de vagas no parlamento nacional de um determinado país que são ocupadas por deputadas.

Denominador: Número de vagas no parlamento nacional de um determinado país.

Referência completa: ODM 12: 'Women, girls, gender equality and HIV' A scorecard for the Eastern & Southern African region, versão de Junho de 2011, UNAIDS/ONUSIDA (p. 29): <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookEnglish.pdf>

1.2 Estigma e discriminação

O combate à discriminação e à igualdade de oportunidades faz parte dos princípios fundamentais da comunidade internacional há décadas. Documentados em inúmeros instrumentos internacionais, inclusive nas convenções das Nações Unidas, esses conceitos estão enraizados nos princípios universais dos direitos humanos, das liberdades fundamentais e da igualdade. Esses princípios vêm sendo enfatizados como sendo de importância fundamental no contexto da epidemia de HIV/VIH e as respostas desde o início dos anos 1990.¹⁴ Em lugares onde o estigma associado ao HIV/Aids /VIH/SIDA é alto, devido à maneira como o HIV/VIH é transmitido ou pelo fato de alguns grupos serem mais afetados em contextos específicos, a resposta à epidemia é menos eficaz do que a resposta de lugares que progrediram na resolução do estigma.

As mulheres vivendo com HIV/VIH podem enfrentar estigma e discriminação por serem mulheres e por serem inferiorizadas. Elas podem ser culpadas pela doença ou morte do parceiro e da criança, podendo enfrentar barreiras de acesso aos serviços de saúde. Em alguns contextos sociais, é comum a família do parceiro acusar a mulher de levar o HIV/VIH para dentro de casa. As mulheres relutam em fazer o teste de HIV/VIH ou em buscar os resultados por medo de sofrerem ou por estarem sofrendo violência doméstica, abuso ou abandono. Em alguns casos, as mulheres vivendo com HIV/VIH são julgadas por causa de suas escolhas de saúde sexual e reprodutiva, são orientadas a evitar a gravidez, às vezes são esterilizadas à força ou são forçadas a interromper a gravidez.

Várias intervenções que requerem monitoramento nesse contexto visam a eliminação de todas as formas de estigma e discriminação com base em estado sorológico, gênero, orientação sexual e práticas sexuais em comunidades, centros de saúde e ambientes de trabalho. Os indicadores desta seção referem-se ao gênero no contexto do estigma de HIV/VIH.¹⁵

NÍVEL 2

1.2.1 Proporção de pessoas vivendo com HIV/VIH que sofreram estigmatização e discriminação há pouco tempo por causa do seu estado sorológico

Definição: A proporção de PVHIV que, devido ao estado sorológico, sofreu repercussões negativas nos últimos doze meses.

Numerador: Número de PLHIV em uma área ou região que sofreram estigma e discriminação nos últimos doze meses provocados por outras pessoas por motivos associados ao estado sorológico. As pessoas que responderam afirmativamente a qualquer pergunta são alocadas no numerador.

Pergunte: Você já passou por alguma das seguintes situações?

- Insulto ou ameaça verbal;
- Acesso negado aos serviços de saúde;
- Teve que mudar de casa;
- Acesso negado à saúde sexual e reprodutiva;

¹⁴ Mann, JM. *AIDS and human rights: Where do we go from here?* *Health Hum Rights*. 1998;3(1):143–9.

¹⁵ Existe um trabalho em andamento para desenvolver indicadores mais eficientes sobre estigma para a população em geral e para o setor de saúde, que também melhorarão a capacidade de medir os domínios de gênero do estigma. Com exceção dos indicadores do índice de estigma, os outros indicadores da seção 1.2 provavelmente mudarão

- Ameaça de levarem seus filhos embora;
- Acesso negado a anticoncepcionais ou preservativos;
- Ouviu mensagens negativas, sofreu perseguições ou atuação de forças policiais ou órgãos jurídicos;
- Teve que se submeter à força a um procedimento médico ou de saúde (inclusive teste de HIV/VIH);
- Passou por divórcio ou abandono pelo cônjuge.

Denominador: Número de PVHIV pesquisadas.

Desagrupado por: Idade, sexo, grupo vulnerável, população-chave e componentes específicos do estigma.

O que é medido: Esse indicador mede o estigma sofrido ou percebido por PVHIV devido ao seu estado sorológico.

Ferramenta de medição: Levantamento do índice de estigma de HIV/VIH.

Como fazer a medição: Homens e mulheres são convidados a responder a uma pergunta sobre a experiência de terem sofrido uma manifestação específica de um exemplo de estigma e discriminação. Se respondem afirmativamente a qualquer pergunta, serão alocados ao numerador. Em seguida, o numerador é dividido pelo denominador.

Considerações: Algumas perguntas serão mais pertinentes em alguns contextos do que em outros. As pessoas respondem com base nas próprias percepções, mas sejam elas reais ou percebidas, o estigma e o medo do estigma são extremamente enfraquecedores, principalmente, de forma desproporcional, para as mulheres.

Fonte: HIV Stigma Index: <http://www.stigmaindex.org/country-analysis>

1.2.2 **Porcentagem de locais de trabalho que empregam políticas não discriminatórias que abordam o estado sorológico, a igualdade de gênero e a orientação sexual**

Definição: A proporção de locais de trabalho que possuem políticas escritas que abordam o estado sorológico, a igualdade de gênero e a orientação sexual, delineando um conjunto de direitos e obrigações acionáveis no ambiente de trabalho em relação ao HIV/Aids /VIH/SIDA para os empregados. Esse indicador mede a conformidade com os princípios de política de HIV/Aids /VIH/ SIDA.

Numerador: Número de ambientes de trabalho com uma política escrita que aborda o HIV/VIH. Os componentes devem incluir uma declaração de combate à discriminação e podem abordar outras questões, tais como a igualdade de gênero e orientação sexual.

Denominador: Número de ambientes de trabalho pesquisados.

Referência completa: "Indicators to monitor the implementation and impact of HIV/AIDS workplace policies and programs in the UN system" ILO, 2004 #1.1 (p. 5): http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_117826.pdf

1.2.3 Proporção de clientes que se sentiram à vontade para discutir as práticas sexuais com os provedores dos serviços prestados

Definição: A proporção de clientes de uma unidade que informou se sentir à vontade para discutir as práticas sexuais, inclusive a vida sexual, o risco de HIV/VIH e o estado sorológico com profissionais de saúde.

Numerador: Número de clientes de uma unidade que respondem afirmativamente para um assunto relacionado ao que discutiriam com o profissional com quem se consultaram naquele dia.

Pergunte: Em sua consulta com o profissional X, você se sentiu à vontade para falar sobre sua vida sexual? Sobre seu estado sorológico e/ou sobre o risco de HIV/VIH?

Denominador: O número total de clientes que participaram da pesquisa de saída da consulta.

Desagrupado por: Sexo e idade.

Referência completa: Services indicator 5 (p. 11): <https://www.ipfwhr.org>

NÍVEL 3

1.2.4 Atitudes discriminatórias em relação às pessoas vivendo com HIV/VIH

O que é medido: Mede o progresso no sentido de reduzir as atitudes discriminatórias e o suporte para lidar com políticas discriminatórias.

Raciocínio: A discriminação é uma violação dos direitos humanos, sendo proibida pela lei internacional de direitos humanos e pela maioria das constituições nacionais. A discriminação no contexto do HIV/VIH refere-se ao tratamento desleal ou injusto (um ato ou uma omissão) de um indivíduo com base no seu estado sorológico real ou percebido. A discriminação agrava os riscos e priva as pessoas de direitos e prerrogativas, fomentando a epidemia de HIV/VIH.

Esse indicador não é uma medida direta da discriminação, mas mede atitudes discriminatórias que resultam em ações (ou omissões) discriminatórias. Um item desse indicador mede o possível apoio dos entrevistados à discriminação que ocorre em uma instituição e o outro item mede o distanciamento social ou as expressões comportamentais do preconceito. O indicador composto pode ser monitorado como uma medida de uma manifestação fundamental do estigma associado ao HIV/VIH e da possível discriminação da população geral associada ao HIV/VIH. Esse indicador ajudaria a compreender e a melhorar as intervenções que atuam na discriminação de HIV/VIH da seguinte forma: (1) apresentando mudanças periódicas da percentagem de pessoas com atitudes discriminatórias; (2) fazendo comparações entre as administrações nacionais, provinciais, estaduais e municipais; e (3) indicando as áreas prioritárias de ação.

Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 49 anos) que respondem “não” ou “depende” em qualquer pergunta.

Denominador: Número de todos os entrevistados de 15 a 49 anos que já ouviram falar de HIV/VIH.

Cálculo: Numerador / Denominador.

Método de medição: Levantamentos sobre a base populacional (levantamento de saúde e dados demográficos, levantamento sobre o indicador de Aids/SIDA, levantamento do conjunto de indicadores múltiplos ou outros levantamentos representativos). Esse indicador é criado a partir das respostas dos entrevistados em uma pesquisa com a população em geral sobre quem já ouviu falar de HIV/VIH, respondendo às seguintes perguntas:

- Você compraria vegetais frescos de um lojista ou fornecedor se soubesse que essa pessoa é soropositiva? (Sim, não ou depende; Não sei, não tenho certeza)?
- Você acha que as crianças vivendo com HIV/VIH devem ir à escola com as crianças com sorologia negativa? (Sim, não ou depende; Não sei, não tenho certeza)?

Frequência de medição: A cada 3 a 5 anos.

Desagrupamento: As respostas para cada pergunta individual (baseadas no mesmo denominador) são necessárias, bem como a resposta consolidada para o indicador composto.

Explicação do numerador: Quem nunca ouviu falar de HIV/Aids /VIH/SIDA deve ser excluído do numerador e do denominador. Os participantes que respondem “não sei ou não tenho certeza” e aqueles que se recusam a responder também devem ser excluídos das análises. É importante avaliar a proporção de participantes elegíveis do levantamento que responderam “não sei ou não tenho certeza” ou os que se recusaram a responder às perguntas. Uma alta proporção de respostas “não sei ou não tenho certeza” e de recusas a responder reduzirão a precisão dos resultados e poderão indicar problemas com a aplicabilidade da pergunta dentro do local de pesquisa.

Pontos fortes e fracos: Esse indicador mede diretamente as atitudes discriminatórias e o suporte para lidar com políticas discriminatórias. A pergunta sobre a compra de vegetais é praticamente idêntica à pergunta usada em levantamentos de saúde e dados demográficos para monitorar as “atitudes de aceitação” em relação às pessoas vivendo com HIV/VIH, possibilitando o monitoramento permanente das tendências. Essas medidas melhoram as usadas anteriormente para o indicador “atitudes de aceitação”, pois são relevantes em locais com prevalência alta e baixa de HIV/VIH, em países de renda alta e baixa, além de serem relevantes em muitas culturas diferentes. As medidas individuais e o indicador composto não dependem do entrevistado ter observado manifestações evidentes de discriminação contra pessoas vivendo com HIV/VIH, que, em muitos contextos, são raras e difíceis de se caracterizar e quantificar. Pelo contrário, as medidas individuais e o indicador composto avaliam as atitudes dos indivíduos, que podem desempenhar um papel mais direto na influência comportamental. As perguntas recomendadas avaliam a aceitação de situações hipotéticas em vez de medirem eventos de discriminação testemunhados e, dessa maneira, provocarem uma reação social tendenciosa, reduzindo a comunicação de atitudes discriminatórias. Não há nenhum mecanismo de análise da frequência de ocorrência da discriminação ou da gravidade das formas de discriminação. Além de realizar levantamentos que medem a prevalência de atitudes discriminatórias em uma comunidade, sempre que for possível seria ideal coletar dados qualitativos para explicar as origens da discriminação. Além disso, seria conveniente coletar dados periódicos das pessoas vivendo com HIV/VIH sobre as experiências reais de estigma e discriminação por meio do PLHIV Stigma Index (www.stigmaindex.org) e comparar os resultados com os dados obtidos pelo indicador de atitudes discriminatórias.

Informações adicionais: Para obter mais informações sobre estigma, discriminação e os esforços para medir a prevalência, consulte:

- *Thematic Segment on Non-Discrimination, 31st meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board. Background Note.*
- (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf)
- Stangl, A., Brady, L., Fritz, K. *Technical Brief: Measuring HIV Stigma and Discrimination.* Washington DC e Londres: Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher e Instituto Londrino de Medicina Tropical; STRIVE, 2012 (http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf).
- Stangl, A., Lloyd, J., Brady, L. et al. *A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come?* Periódico da Sociedade Internacional da Aids/SIDA 2013, vol. 16 item (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464>).
- <http://www.stigmaactionnetwork.org>.

Para obter mais informações sobre os instrumentos de pesquisa e metodologia do DHS/AIS, visite: <http://www.measuredhs.com>

Nota especial sobre a fase de Publicação de Relatórios de 2014:

Como esse indicador é novo, é provável que muitos países não sejam capazes de divulgar informações sobre o indicador durante a fase de publicação de relatórios de 2014. Em vez disso, os países devem publicar dados sobre a versão anterior da pergunta 1: "Você compraria vegetais frescos de um lojista ou fornecedor se soubesse que essa pessoa é portadora do vírus da Aids/SIDA?". Essa pergunta vem sendo coletada com frequência nos levantamentos de saúde e nos dados demográficos de muitos países. • Durante as publicações futuras de relatórios, os países devem publicar os dados do indicador completo.

1.2.5 Proporção de trabalhadores que informam ter medo de perder o emprego ou oportunidades profissionais se usarem os serviços de aconselhamento e teste voluntário

Definição: A proporção de trabalhadores que têm medo de perder o emprego ou oportunidades profissionais se usarem os serviços de aconselhamento e teste voluntário, se buscarem informações sobre esses serviços ou se outras pessoas souberem que eles são soropositivos.

Numerador: O número de trabalhadores que têm medo de perder o emprego ou oportunidades profissionais se usarem os serviços de aconselhamento e teste voluntário, se buscarem informações sobre esses serviços ou se outras pessoas souberem que eles são soropositivos (desagrupado por sexo).

Denominador: Número de trabalhadores da amostra.

Desagrupado por: Idade e sexo.

Referência completa: Indicators to monitor the implementation and impact of HIV/AIDS workplace policies and programs in the UN system, ILO, 2004 (p. 8): http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_117826.pdf

1.2.6 Número de funcionários treinados sobre a finalidade e a aplicação de políticas de combate à discriminação em relação a orientação sexual, identidade de gênero ou estado sorológico

Definição: O número de funcionários de uma organização que foram treinados sobre as políticas de combate à discriminação existentes, relacionadas a uma ou todas as seguintes características: orientação sexual, identidade de gênero e estado sorológico.

Contagem: Número de funcionários treinados sobre as políticas de combate à discriminação relacionadas a orientação sexual, identidade de gênero e estado sorológico.

Desagrupado por: Tipo de funcionário e sexo.

Referência completa: IPPF Sexual Diversity Indicators: Internal policies indicator 3 (p. 3): <https://www.ippfwhr.org/en/publications/sexual-diversity-tool-kit>

1.3 Violência baseada em gênero

No mundo inteiro, principalmente na África Subsaariana, a observação de altas taxas de HIV/VIH em mulheres destacou o problema da violência contra as mulheres. A violência por parceiros íntimos (VPI) está enraizada na desigualdade de gênero. Há mais de uma década, a pesquisa mundial documentou provas factíveis associando a VBG ao HIV/VIH. Inúmeros estudos vêm demonstrando a associação entre VBG e HIV/VIH como um fator de risco da infecção, assim como uma consequência dela.¹⁶ Essa relação acontece por meio de vários mecanismos diretos e indiretos.¹⁷ As medidas desta seção sobre vários aspectos da VBG são essenciais para abordar a desigualdade de gênero no contexto do HIV/VIH.

NÍVEL 1

1.3.1 Prevalência de violência recente por parceiros íntimos (VPI)

Definição: A proporção de mulheres casadas ou com parceiros entre 15 e 49 anos que sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo masculino nos últimos doze meses. A definição de parceiro íntimo significa um parceiro em coabitação, estejam eles ou não casados na época. A violência pode ter ocorrido depois que se separaram.

Numerador: Mulheres entre 15 e 49 anos que têm ou já tiveram um parceiro íntimo e que foram vítimas de violência física ou sexual por, no mínimo, um desses parceiros (com base na lista de verificação abaixo) nos últimos doze meses. Deve-se incluir a mulher no numerador se ela informar que, nos últimos doze meses, um parceiro íntimo atual ou antigo:

¹⁶ Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. *Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: A systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV*. Genebra, OMS, 2009 (no prelo) e Programa de Saúde Internacional e Direitos Humanos do Instituto de Saúde Pública de Harvard (2009). *Gender-Based Violence and HIV, versão final do relatório*.

¹⁷ Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) *The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions Social Science & Medicine* 50 459-478.

- Deu-lhe um tapa ou jogou algo nela que poderia machucá-la;
- Empurrou-a ou afastou-a;
- Bateu nela com um punho ou com algo que pudesse feri-la;
- Chutou-a, arrastou-a ou espancou-a;
- Sufocou-a ou queimou-a;
- Ameaçou-a com — ou realmente usou — revólver, faca ou outra arma contra ela;
- Forçou-a fisicamente a ter relações sexuais contra a vontade;
- Forçou-a a fazer algo que ela achasse degradante ou humilhante;
- Fez com que ela sentisse medo do que ele faria se ela não tivesse relações sexuais com ele.

Denominador: Número total de mulheres entrevistadas entre 15 e 49 anos que têm ou tiveram um parceiro íntimo.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 49 anos), estado sorológico (se estiver disponível).

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 - Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf

1.3.2 Prevalência de violência por parceiros íntimos (VPI)

Definição: A proporção de mulheres casadas ou com parceiros entre 15 e 49 anos que já sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo masculino. A definição de parceiro íntimo significa um parceiro em coabitação, estejam eles ou não casados na época. A violência pode ter ocorrido depois que se separaram.

Numerador: Mulheres entre 15 e 49 anos que têm ou já tiveram um parceiro íntimo e que informaram ter sido vítimas de violência física ou sexual por pelo menos um desses parceiros (com base na lista de verificação abaixo). Deve-se incluir a mulher no numerador se ela informar que um parceiro íntimo atual ou antigo:

- Deu-lhe um tapa ou jogou algo nela que poderia machucá-la;
- Empurrou-a ou afastou-a;
- Bateu nela com um punho ou com algo que pudesse feri-la;
- Chutou-a, arrastou-a ou espancou-a;
- Sufocou-a ou queimou-a;
- Ameaçou-a com — ou realmente usou — revólver, faca ou outra arma contra ela;
- Forçou-a fisicamente a ter relações sexuais contra a vontade;
- Forçou-a a fazer algo que ela achasse degradante ou humilhante;
- Fez com que ela sentisse medo do que ele faria se ela não tivesse relações sexuais com ele.

Denominador: Número total de mulheres entrevistadas entre 15 e 49 anos que têm ou tiveram um parceiro íntimo.

Desagrupado por: Idade e estado sorológico (se estiver disponível).

Referência completa: VAW/G Compendium, combination of indicators #4.2.1 (p. 43) e 4.2.4 (p. 49): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

NÍVEL 2

1.3.3 Percentagem elegível de sobreviventes de estupro que informam o ocorrido aos serviços de saúde dentro de 72 horas e recebem cuidados médicos adequados

Definição: A proporção de sobreviventes de violência sexual que procuram atendimento em um serviço de saúde dentro de 72 horas e que recebem cuidados adequados dentro de um período definido.

Numerador: Número de sobreviventes de estupro que procuram atendimento dentro de 72 horas após o incidente e que recebem cuidados adequados dentro de um período definido (por exemplo: nos últimos doze meses). Os cuidados adequados para as sobreviventes de estupro que procuram atendimento no prazo de 72 horas incluem: profilaxia pós-exposição (PPE) ao HIV/VIH, anticoncepcional de emergência, teste de infecção sexual e teste de HIV/VIH, serviços psicológicos e sociais, além de informações sobre interrupção legal de gravidez. Outros elementos, como a presença de uma profissional feminina de saúde durante o exame médico, foram descritos em detalhes no manual de trabalho de campo entre as agências do ACNUR.

Denominador: Número de sobreviventes de estupro que informam o incidente dentro de 72 horas, durante o mesmo período definido.

Desagrupado por: Idade (menores de 15 anos, 15 a 20 anos, maiores de 20 anos) e localização geográfica.

Referência completa: VAW/G Compendium, indicador 6.1.7 (p.162) <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>; UNHCR. 1999. *Reproductive health in refugee settings: an inter-agency field manual*. Genebra: ACNUR, OMS, UNFPA.

1.3.4 Número de prestadores de serviços de HIV/VIH treinados para identificar e prestar cuidados para os sobreviventes de VCM/M

Definição: O número de prestadores de serviços de HIV/VIH formados por um programa de treinamento sobre VCM/M durante um período específico (por exemplo: nos últimos doze meses).

Contagem: Número de prestadores de serviços de HIV/VIH treinados no ano passado ou em outro período (a duração dependeria da frequência de execução dos programas de treinamento).

Desagrupado por: Tipo de prestador de serviço, região ou província e área de trabalho (urbana ou rural).

Referência completa: VAW/G Compendium 5.1.5 (modificado com base nos prestadores de serviços de saúde geral para os prestadores que lidam com o HIV/VIH): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.5 Proporção de mulheres entre 15 e 49 anos que informam ter sofrido violência sexual com idade inferior a 15 anos

Definição: A proporção de mulheres entrevistadas que informaram ter sofrido violência sexual aos 14 anos ou antes por um indivíduo que não fosse um parceiro íntimo, inclusive um membro da família, amigo, conhecido ou desconhecido. Esse indicador capta o abuso sexual, bem como a violência sexual perpetrada por um estranho.

Numerador: Mulheres entre 15 e 49 anos que informam ter sofrido violência sexual aos 14 anos ou antes (com base na lista de verificação abaixo). Deve-se incluir a mulher no numerador se ela informa que, quando era menor de 15 anos, alguém:

- forçou-a fisicamente a ter relações sexuais contra a vontade;
- forçou-a a fazer algo que ela achasse degradante ou humilhante; ou
- fez com que ela sentisse medo do que ele faria se ela não tivesse relações sexuais com ele.

Denominador: Número total de mulheres entrevistadas entre 15 e 49 anos.

Desagrupado por: Idade e estado sorológico (se estiver disponível).

Referência completa: VAW/G Compendium 4.3.5 (p. 61):
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

NÍVEL 3

1.3.6 Proporção de mulheres que foram entrevistadas sobre violência física e sexual durante uma visita a uma unidade de saúde

Definição: Nas unidades de saúde que fazem triagem de VCM/M, representa a proporção de mulheres que foram à clínica por qualquer motivo e que foram entrevistadas sobre violência física ou sexual durante um período específico (por exemplo: durante os últimos doze meses).

Numerador: Número de mulheres que foram entrevistadas, durante o recebimento de um serviço na unidade, sobre qualquer tipo de violência sofrida, física ou sexual, na área geográfica do estudo (país, província, estado, município ou comunidade). Se for medido de acordo com as informações do prontuário médico, deve-se incluir no numerador todas as informações registradas sobre a triagem das mulheres. Se for medido por meio de pesquisa com entrevistas realizadas na saída da consulta na unidade de saúde, deve-se perguntar a todas as mulheres que saem da clínica se o profissional de saúde perguntou a elas se foram vítimas de algum tipo de violência física ou sexual. Todas as mulheres que responderam afirmativamente devem ser inseridas no numerador.

Denominador: Se o indicador for medido por meio da revisão do prontuário, verifique todos os prontuários de todas as mulheres que foram atendidas pelo serviço de saúde. Se o indicador for medido por meio de entrevista de saída, esse será o número total de mulheres entrevistadas.

Desagrupado por: Tipo de serviço de saúde, área geográfica (região, província, comunidade urbana ou de outro tipo).

Referência completa: VAW/G Compendium 5.1.7 (p. 97):
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.7 Proporção dos serviços sociais que oferecem serviços de VBG a uma distância acessível

Definição: O número e o tipo de organizações de uma comunidade que fornece serviços de assistência social relativos à prevenção e à resposta a VBG em dado período. Os serviços de assistência social incluem, mas não se limitam a:

- Ter um espaço seguro ou abrigos para mulheres e crianças;
- Linhas de atendimento telefônico para situações de crise em caso de violência por parceiro íntimo e violência sexual;
- Serviços de atendimento de casos, inclusive orientação psicológica, grupos de apoio, planejamento de segurança, serviços jurídicos, bem-estar da criança e programas recreativos para meninas abusadas;
- Competências de intervenção em casos de crise, inclusive formação, geração de renda e defesa pessoal; e
- Programas para o criminoso e sua reintegração.

As necessidades de acessibilidade devem ser definidas de forma local, dependendo da área geográfica, dos modos de transporte e da comunicação disponível para a maioria da população.

Contagem: Número de organizações que fornecem serviços de assistência social, direcionados à prevenção e à resposta a VCM/M em uma área geográfica especificada (comunidade, província ou região).

Desagrupado por: Tipo de serviço prestado, segundo a lista de verificação acima.

Referência completa: VAW/G Compendium 5.4.1—modificado para incluir o denominador (p. 130):
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.8 Percentagem de escolas que têm procedimentos para tomar medidas em casos de abuso sexual

Definição: A percentagem de escolas de um país ou de uma região que têm procedimentos para investigar casos de abuso sexual e tomar medidas corretivas.

Numerador: Número de escolas que têm procedimentos para investigar e tomar medidas corretivas em casos de abuso sexual que envolvam alunos. Para incluir a informação no numerador, a escola deve ter procedimentos implantados para investigar e tomar medidas quando há queixas apresentadas. Além disso, os protocolos da escola devem estar atualizados (revisados a cada 5 anos), formalmente documentados e prontamente disponíveis. Os procedimentos devem estar alinhados às Normas de Conduta Nacional dos Professores e/ou às políticas ou aos protocolos do Ministério da Educação sobre casos de abuso sexual. Se não houver disposições em nível nacional, esse indicador não poderá ser medido.

Denominador: Número total de escolas pesquisadas.

Desagrupado por: Nível de escola (primária, secundária, ensino fundamental, médio, profissional ou universitário), tipo (ensino convencional, ensino religioso, escola só para mulheres, mista, entre outros), área geográfica (por exemplo: país, região, área urbana ou rural), escola pública ou particular.

Referência completa: VAW/G Compendium 5.2.1 (p. 106):
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.9 Percentagem de escolas que treinam os funcionários sobre questões físicas e sexuais relativas a VCM/M

Definição: A percentagem de escolas de um país ou uma região que organizam treinamentos sobre questões físicas e sexuais de VCM/M para funcionários da escola pelo menos uma vez a cada dois anos. Os funcionários da escola incluem professores, administradores e outras pessoas que trabalham nas escolas.

Numerador: Número de escolas que organizam formações sobre VCM/M pelo menos uma vez a cada dois anos. As escolas incluídas no numerador devem ter programas de formação para os funcionários da escola que sigam um currículo com componentes enfocados na violência física e sexual contra mulheres e meninas. As escolas podem ser incluídas se formarem apenas um tipo de profissional (por exemplo: os professores), mas é necessário indicar claramente esses detalhes na interpretação.

Denominador: Número total de escolas pesquisadas.

Desagrupado por: Tipo de profissional formado, nível da escola (primária, secundária, ensino fundamental, médio, profissional ou universitário), tipo (ensino convencional, ensino religioso, escola só para mulheres, mista, entre outros), área geográfica (por exemplo: país, região, área urbana ou rural), escola pública ou particular.

Referência completa: VAW/G Compendium 5.2.3 (p. 110):
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.10 Proporção de unidades de saúde que têm produtos e medicamentos para o manejo clínico de casos de VCM/M

Definição: A proporção de unidades de saúde que têm os produtos necessários para o manejo clínico de VCM/M, em um período específico, na área geográfica de interesse.

Numerador: Número de serviços de saúde na região geográfica do estudo (país, província, estado, município ou comunidade) que informam ter produtos para o manejo clínico de VCM/M. Os produtos necessários podem incluir os recursos da própria unidade ou disponíveis por meio de um sistema de encaminhamento para garantir o acesso das mulheres aos seguintes recursos na comunidade:

- Protocolo de detecção e tratamento;
- Área privada para exame ou entrevista;

- Suprimentos para DST e teste de HIV/VIH;
- Suprimentos para DST e profilaxia pós-exposição ao HIV/VIH;
- Materiais para fazer exame de corpo de delito em caso estupro e suprimentos para a coleta de provas forenses;
- Profissionais treinados para detectar, orientar, realizar os procedimentos clínicos necessários e fazer encaminhamento;
- Anticoncepcional de emergência;
- Interrupção segura de gravidez;
- Lista de encaminhamento com os recursos comunitários.

Denominador: Número total de unidades de saúde pesquisadas na região geográfica do estudo (país, província, estado, município ou comunidade).

Desagrupado por: Tipo de unidade de saúde, região ou província (se o estudo for nacional), área urbana ou rural.

Referência completa: VAW/G Compendium 5.1.3 (p. 91):
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.11 **Proporção de forças policiais que seguem um protocolo nacional para as queixas sobre violência contra mulheres e meninas**

Definição: A proporção de forças policiais que seguem protocolos nacionais relativos à gestão das queixas de VCM/M.

Numerador: O número de forças policiais em uma região ou um país que sigam um protocolo nacional de VCM/M ao investigar queixas. Se não houver nenhum protocolo nacional sobre a gestão de casos de VCM/M, esse indicador não poderá ser medido. O protocolo deve abranger:

- Como e onde as sobreviventes de VCM/M devem ser entrevistadas;
- Como garantir a confidencialidade;
- Tipo de investigação e acompanhamento realizados após a queixa; e
- Como mulheres e meninas são protegidas após a queixa.

Denominador: Número total de forças policiais pesquisadas.

Desagrupado por: Região ou província.

Referência completa: VAW/G Compendium 5.3.1 (p. 114):
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.4 Normas de gênero

As normas sociais sobre o que se considera um comportamento aceitável para mulheres/meninas e para homens/meninos enraízam as desigualdades de gênero na saúde. Estudos revelaram que níveis mais elevados de autonomia das mulheres estão associados a baixa fertilidade, maior uso de anticoncepcional,¹⁸ melhores cuidados durante a gravidez e parto,¹⁹ maior conhecimento sobre questões associadas ao HIV/VIH²⁰ e efeitos indiretos sobre uma gama de fatores associados ao HIV/VIH.²¹

As normas associadas à masculinidade em muitos locais levam homens e meninos a assumirem riscos sexuais, usando a violência para afirmar a autoridade, gerando um sentimento de que eles têm direito a fazer sexo com as parceiras. Em contrapartida, as normas associadas à feminilidade incentivam algumas mulheres e meninas a atuarem de forma passiva durante a negociação do sexo seguro, durante a recusa do sexo indesejado, assim como no momento de fazer queixas de casos de violência. Essas normas são reforçadas por políticas, leis e práticas jurídicas que discriminam as mulheres e as meninas. Por isso, em muitos países, o estupro marital ou estupro dentro do casamento não é reconhecido e considerado como crime. Os indicadores desta seção sobre as normas de gênero e as relações desiguais de poder entre mulheres e homens em contextos diferentes são importantes fatores a serem monitorados no contexto do HIV/VIH.

NÍVEL 1

1.4.1 Proporção de mulheres e homens que dizem que agredir a esposa é uma forma aceitável dos maridos disciplinarem as parceiras

Definição: Proporção de pessoas que consideram que agredir a esposa é uma forma aceitável dos maridos disciplinarem as parceiras, por qualquer motivo, em um período específico.

Numerador: Número de entrevistados em uma área (região, comunidade ou país), que respondem afirmativamente a uma das seguintes perguntas sobre a justificativa do marido bater na esposa.

Pergunte: Às vezes, um marido fica aborrecido ou irritado com as coisas que a esposa faz. Na sua opinião, o marido está certo em bater ou agredir a mulher se:

- Ela for infiel;
- Ela desobedecer o marido;
- Ela discutir com ele;
- Ela se recusar a fazer sexo com ele;
- Ela não fizer o trabalho doméstico adequadamente.

Denominador: Número total de pessoas entrevistadas.

Desagrupado por: Sexo e idade.

Referência completa: VAW/G Compendium 7.2.4 (p. 208):

<http://www.measurevaluation.org/publications/ms-08-30>

¹⁸ Gage, A. *Stud Fam Plann.* Setembro a Outubro de 1995;26(5):264–77

¹⁹ Bloom SS et al., *Demography* 2001; 38:67–78

²⁰ Bloom SS et al., *Journal of Biosocial Science* 2007; 39:557–73

²¹ Agarwal, A, no prelo

1.4.2 **Proporção de entrevistados de 15 a 49 anos de idade que acreditam que, caso o marido tenha uma DST, a mulher poderá propor o uso do preservativo**

Definição: A proporção de pessoas de 15 a 49 anos que acreditam que uma mulher pode se recusar a fazer sexo com o marido ou propor o uso do preservativo se ele tiver uma infecção sexualmente transmissível.

Numerador: O número de entrevistados que acreditam que se o marido tiver uma DST, a esposa pode se recusar a fazer sexo com ele ou propor o uso do preservativo.

Pergunte: Se uma mulher souber que o marido tem uma doença que ela pode contrair durante a relação sexual, ela está certa em pedir que ele use preservativo quando eles fizerem sexo?

Denominador: Número total de pessoas entrevistadas.

Desagrupado por: Sexo e idade.

Referência completa: UNAIDS/ONUSIDA e DHS, adaptado:

http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=46&prog_area_id=7

1.4.3 **Porcentagem de mulheres casadas entre 15 e 49 anos que costumam tomar decisões sobre a própria saúde sozinhas ou junto com os maridos**

Definição: Proporção de mulheres pesquisadas que estão casadas e que têm o poder de tomar uma decisão sobre o próprio cuidado de forma independente ou junto com o marido.

Numerador: Número de mulheres atualmente casadas de 15 a 49 anos que respondem à seguinte pergunta com “você” ou “você junto com seu marido ou parceiro”.

Pergunte: Quem geralmente toma as decisões sobre os cuidados de saúde prestados para você?

- Você;
- Seu marido ou parceiro;
- Você junto com seu marido ou parceiro;
- Outra pessoa.

Denominador: Todas as mulheres casadas entrevistadas.

Desagrupado por: Idade.

O que é medido: Esse indicador mede o nível do poder de decisão de mulheres casadas em relação aos próprios cuidados de saúde em uma área (região, país, estado, município ou comunidade). Uma alta proporção indicaria que a maioria das mulheres da população-alvo é capaz de tomar ou contribuir para a decisão de procurar os próprios cuidados de saúde.

Ferramenta de medição: Pesquisa populacional como um levantamento de saúde e dados demográficos.

Como fazer a medição: Esse indicador usa a pergunta supracitada. A mulher que responder dizendo “você” ou “você junto com seu marido ou parceiro” será contabilizada no numerador. Em seguida, esse número será dividido pelo denominador, que inclui todas as mulheres casadas da pesquisa. O indicador deve ser desagrupado por idade.

Considerações: O indicador vem sendo medido com perguntas semelhantes desde o final dos anos 1990. A pergunta usada é fácil de implementar e de entender. Uso de métodos padronizados de coleta e análise de dados, que possibilitam fazer comparações entre países, reforçar a utilidade do indicador para medir as variações entre países e as mudanças periódicas.

Esse indicador avalia o progresso da mudança das normas de gênero em relação aos papéis das mulheres e indica o nível de igualdade de gênero na área pesquisada. Isso significa que um aumento na participação direta das mulheres nas decisões sobre os próprios cuidados de saúde é reflexo de um declínio na desigualdade de gênero, que é um dos fatores estruturais que direcionam a epidemia de HIV/VIH. Como esse indicador monitora as alterações das normas, espera-se que ele sofra alterações graduais ao longo do tempo e só tenha associação direta com um programa que aborda especificamente as normas de gênero, mas tenha relação direta com outro programa. Deve-se analisar esse indicador em conjunto com outros indicadores de normas de gênero, tais como as relações de gênero no agregado familiar e na comunidade, os direitos legais e habituais das mulheres, as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, à educação e aos recursos econômicos e sociais, bem como o envolvimento masculino na saúde reprodutiva e infantil.

Esse indicador baseia-se na pergunta feita para os entrevistados na pesquisa, isso significa que eles mesmos decidem o que responder e a resposta pode ser afetada por tendências sociais ou outros preconceitos. Uma vez que a pergunta é feita só para mulheres casadas, ela demonstra diretamente quais são as normas dentro do casamento. No entanto, tais normas possivelmente refletem a desigualdade de gênero na sociedade como um todo.

Recursos: UNAIDS Indicator Registry: <http://www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067>.

Para obter mais informações sobre os instrumentos de pesquisa e metodologia do DHS/AIS, visite: <http://www.measuredhs.com>.

1.4.4 Casamento infantil

Definição: A proporção de mulheres pesquisadas que se casaram antes de completarem 18 anos.

Numerador: Número de mulheres com idades entre 18 e 24 anos que responderam que se casaram antes dos 18 anos de idade.

Denominador: Número total de mulheres entrevistadas entre 18 e 24 anos.

Desagrupado por: Faixa etária, região ou zona, etnia e religião.

Referência completa: VAW/G Compendium 4.5.1 (p. 75): <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

NÍVEL 3

1.4.5 Indicadores de autonomia das mulheres

Definição: Os níveis de autonomia das mulheres nas seguintes áreas:

- Ser capaz de comprar um preservativo sozinha;
- Tomar decisões sobre o uso da própria renda;
- Poder de decisão no agregado familiar;
- Conseguir de visitar os parentes (não inclui os sogros);
- Conhecimento e uso de programas de microcrédito de livre circulação;
- Cada pergunta é o próprio indicador.

Numerador: Número de mulheres que respondem afirmativamente que decidem sozinhas ou em conjunto com o marido com base em alguma das seguintes perguntas.

Pergunte:

- Se você quisesse, poderia comprar um preservativo sozinha?
- Quem geralmente decide como gastar seu salário (você, seu marido, vocês dois ou outras pessoas)?
- Quem geralmente decide sobre as compras grandes do agregado familiar (você, seu marido, vocês dois ou outras pessoas)?
- Quem geralmente decide quando visitar seus familiares ou parentes (você, seu marido, vocês dois ou outras pessoas)?
- Você conhece algum regime de microcrédito nesta área?
- Você poderia decidir participar de um programa de microcrédito se quisesse?
- Você pode sair de casa sem ter que pedir autorização?

Denominador: Número total de mulheres entrevistadas.

Desagrupado por: Idade.

O que é medido: Este indicador mede a autonomia das mulheres em diversas áreas. O uso de um ou outro conjunto de perguntas dependerá do contexto. A desigualdade de gênero de todos os tipos aumenta a vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV/VIH de três formas estreitamente associadas. A falta de oportunidades econômicas para as mulheres, reforçada por práticas socioculturais e pelo sistema jurídico, leva à dependência de homens cujos interesses nem sempre coincidem com as necessidades das mulheres. Em segundo lugar, privar as mulheres do direito à autonomia e do controle sobre o próprio corpo também as priva do direito de recusar sexo e de exigir dos homens práticas sexuais mais seguras. Em terceiro lugar, algumas práticas culturais, muitas delas protegidas ou ignoradas pela lei, são perigosas e podem levar à infecção pelo HIV/VIH.

Ferramenta de medição: Levantamento de saúde e dados demográficos ou outro levantamento populacional.

Como fazer a medição: As mulheres que respondem afirmativamente às perguntas e as que respondem que decidem sozinhas ou junto com o marido são alocadas no numerador de cada área medida. Em seguida, o numerador é dividido pelo denominador.

Considerações: Algumas dessas áreas são mais relevantes do que outras, dependendo do contexto. Esses indicadores dependem do comportamento respondido pelas entrevistadas, que envolve um número de respostas possivelmente tendenciosas.

Fonte: Demographic and Health Surveys, Women's Status Module:
http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=709

1.4.6 Proporção de pessoas que estão cientes dos direitos legais das mulheres

Definição: Proporção de pessoas que estão cientes de alguns dos direitos constitucionais e legais específicos das mulheres em um determinado país em um período específico.

Numerador: Pergunte aos participantes: Você sabia que em (nome do país) as mulheres têm direito a (lista de direitos daquele país específico, tais como o direito ao divórcio, direito de trabalhar, de se casar com quem escolherem)?

- X (por exemplo: divórcio);
- Y (por exemplo: direito de trabalhar).

Denominador: Número total de pessoas entrevistadas.

Desagrupado por: Área geográfica e sexo do entrevistado.

Referência completa: VAW/G Compendium 7.2.1 (p. 202):
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.4.7 Número de adultos e crianças que participaram de intervenção ou serviço prestado por um indivíduo, um grupo pequeno ou comunitário que aborda explicitamente os direitos legais e as proteções de mulheres e crianças afetadas por HIV/Aids /VIH/SIDA

Definição: O número de pessoas entrevistadas que afirmam que se beneficiaram de um programa ou de um serviço que se concentra nos direitos legais e nas proteções de mulheres e meninas que são afetadas por HIV/Aids /VIH/SIDA. O "benefício" pode ser disponibilizado por um indivíduo, um grupo pequeno, uma intervenção ou um serviço comunitário.

Contagem: Número de pessoas que respondem que foram informadas sobre os direitos e as proteções de mulheres e meninas que são afetadas por HIV/Aids /VIH/SIDA disponibilizados por qualquer tipo de mecanismo de intervenção enforcado nesta área.

Desagrupado por: Sexo e idade.

Referência completa: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

1.5 Autonomia econômica e alfabetização

A educação e a independência econômica têm influência direta e indireta em vários efeitos de HIV/VIH. O empoderamento econômico das mulheres é necessário para o crescimento econômico equitativo e sustentável, bem como para o desenvolvimento regional, nacional, distrital e municipal.²² Mesmo nos países com taxas altas de desemprego e condições de trabalho inseguras, os homens geralmente têm mais estabilidade financeira do que as mulheres. A desigualdade de gênero obstrui visivelmente o desenvolvimento humano e social, intensificando a propagação do HIV/VIH. Os indicadores desta seção se concentram nos aspectos econômicos e de alfabetização dos diferenciais de gênero que contribuem para os efeitos de HIV/VIH.

NÍVEL 1

1.5.1 A percentagem de mulheres entre 15 e 49 anos que possuem propriedade ou recursos para produção de bens, serviços e/ou rendimentos no próprio nome

Definição: A percentagem de mulheres de 15 a 49 anos que possuem bens e recursos produtivos no próprio nome. Várias pesquisas definiram esses recursos como: terra, casa, empresa ou negócio, gado, lavouras ou culturas, bens duráveis, ferramentas, dinheiro e contas bancárias.

Numerador: Número de mulheres de 15 a 49 anos, que respondem ter propriedade ou recursos produtivos próprios (essas definições dependem de pesquisa específica usada) no próprio nome.

Denominador: Número total de mulheres entrevistadas de 15 a 49 anos.

Desagrupado por: Idade.

Referência completa: Banco de dados de indicadores do MEASURE Evaluation PRH FP/RH: http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/crosscutting/wgse/percent-of-women-who-own-property-or-productive

1.5.2 A proporção de mulheres assalariadas fora do setor agrícola

Definição: A proporção de mulheres assalariadas fora do setor agrícola. Os outros setores incluem indústria e serviços. Conforme a definição da Classificação Internacional de Atividades Econômicas (Standard Industrial Classification, ISIC), a indústria inclui (indústrias extrativas, pedreiras, produção de petróleo, entre outros), fabricação, construção, eletricidade, gás e água. Os serviços incluem atacado e varejo, restaurantes e hotéis, transporte, armazenagem e comunicações, financiamento, seguros, imóveis, serviços comerciais, serviços comunitários, sociais e pessoais.

Numerador: A proporção de mulheres assalariadas fora do setor agrícola.

Denominador: Número de pessoas assalariadas fora do setor agrícola incluídas na pesquisa.

²² ONU Pequim +15, 2010

Referência completa: ODM 11 (p. 27):

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookEnglish.pdf>

1.5.3 Total da taxa de matrícula líquida (TML) na educação primária

Definição: A TML é a relação entre o número oficial de crianças em idade escolar (conforme definido pelo sistema nacional de educação de cada país) que estão matriculadas na escola primária e o número total oficial de crianças em idade escolar. A educação primária ensina competências básicas de leitura, redação e matemática para crianças, bem como uma compreensão elementar de matérias como história, geografia, ciências naturais, ciências sociais, arte e música.

Numerador: Número de alunos matriculados dentro do grupo de crianças com idade apropriada, de acordo com as matrículas escolares divulgadas pelos ministérios da educação.

Denominador: Número de crianças em idade escolar primária.

Desagrupado por: Sexo.

Referência completa: ODM 6:

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookEnglish.pdf>

NÍVEL 3

1.5.4 Percentagem de mulheres que ganham dinheiro

Definição: Esse indicador mede a percentagem de mulheres entre 15 e 49 anos que trabalham em casa ou fora de casa e ganham dinheiro. Não se especificou nenhuma quantidade mínima.

Numerador: Número de mulheres de 15 a 49 anos que ganham dinheiro.

Denominador: Número total de mulheres entrevistadas entre 15 e 49 anos.

Referência completa: Banco de dados de indicadores do MEASURE Evaluation PRH FP/RH:

http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/crosscutting/wgse/percent-of-women-who-earn-cash

1.5.5 Percentagem da população de 15 a 24 anos que lê e escreve, sendo capaz de compreender uma declaração simples e curta sobre a vida quotidiana

Definição: Taxa de alfabetização de pessoas de 15 a 24 anos ou a taxa de alfabetização de jovens. É a percentagem da população jovem que sabe ler e escrever, sendo capaz de compreender uma declaração simples e curta sobre a vida quotidiana. A definição de alfabetização, às vezes, inclui a aritmética básica e outras competências para a vida.

Numerador: Número de pessoas de 15 a 24 anos que foram alfabetizadas.

Denominador: Total da população na mesma faixa etária.

Desagrupado por: Idade e sexo.

Referência completa: ODM 8 (p. 22):

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookEnglish.pdf>

1.6 Emergências humanitárias

As crises e os conflitos humanitários aumentam o risco das pessoas contraírem o HIV/VIH. Os fatores que influenciam a transmissão do HIV/VIH durante esses eventos extremos são complexos e variam de acordo com o contexto específico da emergência. As características que definem uma emergência complexa, tais como o conflito, a instabilidade social, a pobreza, a destruição ambiental e a impotência, podem aumentar a vulnerabilidade das populações afetadas e o risco de contrair HIV/VIH por causa dos seguintes fatores:

- redução do acesso aos serviços de prevenção e informações sobre HIV/VIH;
- desestruturação da infraestrutura;
- interrupção das redes de apoio social;
- aumento da exposição à violência sexual e ao abuso sexual; e
- movimento da população para áreas de maior prevalência de HIV/VIH.

As mulheres e as crianças são particularmente vulneráveis ao HIV/VIH, por causa da violência sexual e da exploração de grupos armados, bem como o uso do estupro como tática de guerra. Recentemente, o Conselho de Segurança das Nações Unidas adotou a Resolução 1983/2011 sobre o HIV/VIH. A resolução pede intensificação de esforços pelos estados-membros da ONU para abordar o HIV/VIH em missões de paz. A resolução também pede que sejam feitos esforços para a prevenção do HIV/VIH entre forças de segurança e que eles estejam alinhados com os esforços para erradicar a violência sexual em situações de conflito e pós-conflito.²³ No caso de homens e mulheres que migram para buscar oportunidades econômicas, geralmente são criadas novas redes sexuais que também aumentam as vulnerabilidades. Os indicadores desta seção serão úteis para abordar a interseção entre o gênero e o HIV/VIH em situações de emergências humanitárias.

NÍVEL 2

1.6.1 Número de mulheres e meninas que denunciam incidentes de violência sexual por 10.000 habitantes da área de emergência durante um período específico

Definição: Os incidentes de violência sexual denunciados durante um período específico (a serem definidos dentro do contexto da situação de emergência).

Numerador: Número de incidentes de violência sexual denunciados no período especificado.

²³ HIV in Humanitarian situations: <http://www.un.org/News/Press/docs/2011/sc10272.doc.htm>

Denominador: A população total do país, do acampamento ou da área durante o mesmo período.

Cálculo: Divida o numerador pelo denominador e multiplique o resultado por 10.000.

Desagrupado por: Idade (menores de 15 anos, 15 a 20 anos, maiores de 20 anos) e localização geográfica.

Referência completa: VAW/G Compendium 6.1.6 (p. 159):

<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.6.2 Proporção de denúncias de incidentes de exploração e abuso sexual, resultando em acusação formal e/ou rescisão de funcionários do serviço humanitário

Definição: Incidentes de exploração e abuso sexual (EAS) nos quais o autor trabalha para as organizações humanitárias, respondendo à emergência, bem como a proporção das denúncias que resultam na acusação formal do criminoso e na rescisão do contrato de trabalho. A definição inclui todos os funcionários da ONU, inclusive os pacificadores, os funcionários bilaterais, bem como os que trabalham em organizações governamentais ou não governamentais.

Numerador: O número de incidentes de EAS que envolvem um funcionário de serviço humanitário atuando na área de emergência e que foram investigados e processados, resultando em ação penal e/ou na rescisão do contrato de trabalho do autor.

Denominador: O número total de incidentes de EAS denunciados que envolvem funcionários dos serviços humanitários.

Referência completa: VAW/G Compendium 6.1.4 (p. 155):

<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.6.4 Protocolos alinhados aos padrões internacionais que tenham sido estabelecidos para o manejo clínico de sobreviventes de violência sexual dentro da área de emergência em todos os níveis do sistema de saúde

Definição: O manejo clínico de sobreviventes de violência sexual é complexo, envolvendo vários aspectos de cuidados e apoio. Para garantir que as mulheres recebam cuidados adequados, é necessário ter um protocolo alinhado às normas internacionais em todos os níveis do sistema de saúde dentro da área de emergência.

Sim: Existe um protocolo para o manejo clínico de sobreviventes de violência sexual em todos os níveis do sistema de saúde definido dentro de uma determinada área de emergência. Esse protocolo também está alinhado às normas internacionais, tais como o Pacote de Serviço Mínimo Inicial (PSMI) e o protocolo da OMS sobre o manejo clínico de sobreviventes de estupro.

Não: Não existe nenhum protocolo, se houver, ele existe em alguns níveis do sistema de saúde, mas não em todos; ou ainda, ele existe em todos os níveis mas não está alinhado às normas internacionais.

Referência completa: VAW/G Compendium 6.1.1 (p. 148):
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.6.5 Percentagem de sobreviventes de estupro da área de emergência que informam o ocorrido aos serviços de saúde ou aos profissionais de saúde dentro de 72 horas e recebem cuidados médicos adequados

Definição: A proporção de sobreviventes de violência sexual que procuram atendimento em um serviço de saúde dentro de 72 horas e que recebem cuidados adequados dentro de um período definido.

Numerador: Número de sobreviventes de estupro que procuram atendimento dentro de 72 horas após o incidente e que recebem cuidados adequados dentro de um período definido (por exemplo: nos últimos três meses). Os cuidados adequados para as sobreviventes de estupro que procuram atendimento no prazo de 72 horas incluem: profilaxia pós-exposição (PPE) ao HIV/VIH, anticoncepcional de emergência, teste de infecção sexual e teste de HIV/VIH, serviços psicológicos e sociais, além de informações sobre interrupção legal de gravidez. Outros elementos, como a presença de uma profissional feminina de saúde durante o exame médico, foram descritos em detalhes no manual de trabalho de campo entre as agências do ACNUR.

Denominador: Número de sobreviventes de estupro que informam o incidente dentro de 72 horas, durante o mesmo período definido.

Desagrupado por: Idade (menores de 15 anos, 15 a 20 anos, maiores de 20 anos) e localização geográfica.

Referência completa: VAW/G Compendium 6.1.7 (p. 162)—relacionado a PEPFAR Essencial P6.1.D; IAWG, #33: <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

NÍVEL 3

1.6.3 Percentagem de manuais militares, procedimentos de política de segurança nacional, códigos de conduta, procedimentos e protocolos operacionais das forças de segurança nacional que incorporam medidas para proteger os direitos humanos de mulheres e meninas, disponíveis na área de emergência

Definição: A proporção de todos esses itens disponíveis na área de emergência que incluem medidas de proteção dos direitos humanos de mulheres e meninas.

Numerador: Número de manuais militares, procedimentos de política de segurança nacional, códigos de conduta, procedimentos e protocolos operacionais das forças de segurança nacional, usados na área de emergência, que incorporam medidas para proteger os direitos humanos de mulheres e meninas.

Denominador: Número de manuais militares, procedimentos de política de segurança nacional, códigos de conduta, procedimentos e protocolos operacionais das forças de segurança nacional usados na área de emergência.

O que é medido: O indicador avalia em que medida os atores das forças de segurança internacionais, nacionais e independentes são receptivos e responsabilizados por qualquer tipo de violação dos direitos de mulheres e meninas, de acordo com as normas internacionais.

Ferramenta de medição: Levantamento especial.

Como fazer a medição: A informação está disponível nos documentos existentes, sendo facilmente acessível (por meio da revisão dos documentos), mas ela precisa ser coletada e analisada de forma sistemática. O número de materiais que tenham referências aos direitos de mulheres e crianças é contabilizado no numerador. Em seguida, o numerador é dividido pelo denominador.

Considerações: O indicador aborda a receptividade das forças de segurança em relação às necessidades das mulheres em contextos específicos, identificando medidas específicas incluídas em diretivas, manuais, códigos de conduta, procedimentos operacionais e outros recursos destinados à prevenção de violações dos direitos humanos de mulheres e meninas. Esse indicador capta a adequação das informações fornecidas para as forças de paz uniformizadas e civis, bem como para os membros da polícia militar e civil. Os dados devem indicar os tipos de medidas incluídas.

Fonte: Conselho de Segurança da ONU, Output indicator 5b (p. 5, p. 16):
http://www.peacewomen.org/assets/file/Indicators/sg_report_on_1889-op17.pdf

2.1 Tratamento

Os diagnósticos, tratamentos e cuidados específicos para mulheres que são afetadas ou estão vivendo com HIV/VIH indicam a necessidade de uma programação transformativa de gênero. O medo de estigma, discriminação e violência costuma impedir que as mulheres tenham acesso a testes, tratamentos e cuidados. Esses fatores também podem ter um impacto adverso na adesão das mulheres ao tratamento antirretroviral.²⁴ O sexo do indivíduo pode ser um fator muito importante que influencia o uso da terapia antirretroviral, algo que precisa ser pesquisado.²⁵ As normas relacionadas à masculinidade podem representar barreiras de acesso ao tratamento para homens, e as mulheres cujo estado sorológico não é público podem ter medo de entrar nos programas de tratamento devido às possíveis repercussões, inclusive violência e abandono. Mesmo assim, a cobertura do tratamento precisa refletir os padrões de infecção observados tanto entre adultos quanto entre crianças. Caso o tratamento tenha alguns diferenciais, é necessário que eles espelhem os mesmos diferenciais observados nos padrões de infecção, caso contrário alguns grupos talvez tenham um acesso desigual aos serviços. Os indicadores desta seção estão desagrupados por sexo e idade para promover um foco maior nos diferenciais na hora de realizar a interpretação dos fatores.

NÍVEL 1

2.1.1 Tratamento de HIV/VIH: terapia antirretroviral

Definição: Percentagem de adultos e crianças que estão recebendo terapia antirretroviral no momento. Isso demonstra o progresso realizado na oferta de terapia de combinação antirretroviral para todas as pessoas que têm direito ao tratamento.

Numerador: Número de adultos e crianças que estão recebendo a terapia de combinação antirretroviral no momento de acordo com o protocolo de tratamento aprovado no país (ou de acordo com os padrões da OMS e da UNAIDS/ONUSIDA) no final do período apurado.

Denominador: Número estimado de adultos e crianças vivendo com HIV/VIH.

Desagrupado por: Idade (menores de 15 anos, maiores de 15 anos) e sexo. Sempre que possível o desagrupamento será feito por cada ano, 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 49 e maiores de 50 anos.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 - Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

²⁴ UNAIDS/ONUSIDA: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/unaids_action_framework.pdf

²⁵ Hirsch, JS. *Gender, sexuality, and antiretroviral therapy: using social science to enhance outcomes and inform secondary prevention strategies.* AIDS. Outubro de 2007; 21 Item 5:S21–9

2.1.2 Retenção de doze meses em terapia antirretroviral

Definição: Percentagem de pessoas com HIV/VIH que continuaram na terapia antirretroviral (TARV) durante um período mínimo de doze meses após o início. Esse indicador mede, por meio da adesão à terapia antirretroviral, o progresso do aumento da sobrevivência de adultos e crianças infectados.

Numerador: Número de adultos e crianças que estão vivos e continuam fazendo a terapia antirretroviral doze meses após o início do tratamento.

Denominador: Número total de adultos e crianças que começaram a terapia antirretroviral e que deviam ter alcançado os resultados dos doze meses no período de apuração, inclusive os indivíduos que faleceram desde o início da terapia antirretroviral, que interromperam essa terapia e cujo acompanhamento foi registrado como inexistente no 12º mês.

Desagrupado por: Idade (menores de 15 anos, maiores de 15 anos), sexo, existência de gestação no início da terapia e existência de amamentação no início da terapia.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

2.1.3 Prevenção da transmissão de mãe para filho

Definição: Percentagem de gestantes soropositivas que receberam antirretrovirais para reduzir o risco de transmissão de mãe para filho. Esse indicador mede o progresso da prevenção na transmissão do HIV/VIH de mãe para filho durante a gestação e o parto por meio da administração de medicamentos antirretrovirais.

Numerador: Número de gestantes soropositivas que receberam medicamentos antirretrovirais durante os últimos doze meses para reduzir a transmissão de mãe para filho.

Denominador: Número estimado de gestantes soropositivas nos últimos doze meses.

Desagrupado por: Seis opções existentes (as três primeiras são recomendadas) a gestantes soropositivas para evitar a transmissão de mãe para filho.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

NÍVEL 2

2.1.4 Percentagem de pacientes infectados com HIV/VIH que têm uma coinfeção de HIV/VIH ou hepatite B viral e recebem tratamento para hepatite B

Definição: Esse indicador mede o número de pacientes infectados com HBV e HIV/VIH que recebem tratamento para hepatite B ou para os dois (hepatite B e HIV/VIH, que são tratados com TARV caso o tratamento seja eficaz contra os dois vírus) dentre os pacientes cadastrados para o tratamento do HIV/VIH que foram avaliados de acordo com a progressão da hepatite e considerados aptos para o tratamento.

Numerador: Número de casos do hepatite B com HIV/VIH positivo aptos para o tratamento de hepatite B ou para os dois (hepatite B e HIV/VIH, que são tratados com TARV caso o tratamento seja eficaz contra os dois vírus) registrados ao longo do ano.

Denominador: Número de casos de hepatite B com HIV/VIH positivo aptos a tratamento de hepatite B registrados ao longo do ano.

Desagrupado por: Idade e sexo.

Referência completa: Indicador 7.8/EUR16 (p. 97) "A Guide on Indicators for Monitoring and Reporting on the Health Sector Response to HIV/AIDS, Adaptation for the European Region" OMS e UNAIDS/ONUSIDA, 01/2001:

http://www.indicatorregistry.org/sites/default/files/UA2011_indicator_guide_EURO_en_3.pdf

2.2 Orientação e teste

O teste de HIV/VIH desencadeia uma série de questões de direitos humanos e outras problemáticas relacionadas a estigma, discriminação e igualdade. Dificuldades financeiras ou de acessibilidade e preocupações relacionadas a estigma e violência, principalmente no caso de mulheres, podem fazer com que elas não procurem os serviços de teste e orientação para não revelar a condição existente.²⁶ Registros da África Subsaariana indicam que as mulheres evitam fazer o teste de HIV/VIH ou buscar os resultados por medo de violência doméstica. Em contextos nos quais é necessário obter a aprovação do marido para realizar procedimentos médicos em mulheres (o que inclui até mesmo permissão para acessar os centros de saúde), é possível que haja um conflito entre a confidencialidade e o consentimento informado.²⁷ Às vezes, em situações de atendimento pré-natal, as mulheres são obrigadas a fazer um teste de HIV/VIH, muito embora esse teste devesse ser sempre voluntário, confidencial e informado. Por outro lado, regras sociais relacionadas à masculinidade e ao horário comercial podem impedir que os homens tenham acesso a orientação e testes de HIV/VIH. Já foi estabelecido que exames de rotina e testes oferecidos pelos prestadores têm uma grande chance de diminuir o número de obstáculos do teste de HIV/VIH.²⁸ Para conseguir boas práticas e resultados de saúde pública, é necessário promover abordagens que garantam respeito, proteção e cumprimento dos direitos humanos na hora de conduzir as políticas, os programas e as práticas de teste de HIV/VIH. Os indicadores desta seção estão desagrupados por sexo para promover um foco maior nos diferenciais na hora de realizar a interpretação dos fatores.

NÍVEL 1

2.2.1 Percentagem de homens e mulheres entre 15 e 49 anos que fizeram teste de HIV/VIH nos últimos doze meses e sabem qual foi o resultado

Definição: A proporção de pessoas que fizeram o teste e sabem qual foi o resultado determina o progresso na implementação dos programas de orientação e teste em países e regiões.

Numerador: Número de participantes com idade entre 15 e 49 anos que fizeram o teste de HIV/VIH nos últimos doze meses e sabem qual foi o resultado.

Denominador: Número de todos os participantes com idade entre 15 e 49 anos.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 49 anos) e sexo.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

²⁶ Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) *The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions*. *Social Science & Medicine* 50 459–478.

²⁷ Joseph, S. *Examining sex differentials in the uptake and process of HIV testing in three high prevalence districts of India*. *AIDS Care*. Março de 2010; 22(3) : 286–95

²⁸ Weiser SD, Heisler M, Leiter K, Percy-de Korte F, Tlou S, et al. (2006) *Routine HIV Testing in Botswana: A Population-Based Study on Attitudes, Practices, and Human Rights Concerns*. *PLoS Med* 3(7): e261. Doi: 10.1371/journal.pmed.0030261

NÍVEL 2

2.2.2 Percentagem de homens e mulheres entre 15 e 24 anos com vida sexual ativa que fizeram teste de HIV/VIH nos últimos doze meses e sabem qual foi o resultado

Definição: A proporção de pessoas que fizeram o teste e sabem qual foi o resultado determina o progresso na implementação dos programas de orientação e teste para jovens com vida sexual ativa nos países e regiões.

Numerador: Número de participantes com idade entre 15 e 24 anos que fizeram um teste de HIV/VIH nos últimos doze meses e sabem qual foi o resultado.

Denominador: Participantes com 15 a 24 anos que fizeram sexo nos últimos doze meses.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos) e sexo.

Referência completa: www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067

2.2.3 Número de pessoas vivendo com HIV/VIH cujos parceiros sexuais fizeram um teste local de HIV/VIH, consultaram os serviços de orientação e receberam os resultados

Definição: Contagem do número de pessoas vivendo com HIV/VIH com parceiros sexuais que fizeram um teste local de HIV/VIH, consultaram os serviços de orientação e receberam os resultados.

Contagem: Número de pessoas vivendo com HIV/VIH cujos parceiros sexuais fizeram um teste local de HIV/VIH, consultaram os serviços de orientação e receberam os resultados.

Desagrupado por: Sexo e local (clínicas, instalações médicas, comunidade e domicílio).

O que é medido: A oferta de testes de HIV/VIH e orientação para parceiros é uma peça-chave do pacote mínimo para intervenções de prevenção com pessoas vivendo com HIV/VIH (Indicador #P7.1.D recomendado pelo PEPFAR NFI), que oferece uma ampla gama de serviços comprovados de prevenção de HIV/VIH para pessoas vivendo com essa condição. O intuito desse indicador é tentar medir até que ponto esses programas estão integrando os serviços de orientação e teste de HIV/VIH para parceiros no pacote de serviços oferecidos a pessoas vivendo com HIV/VIH. Os parceiros sexuais de pessoas vivendo com HIV/VIH estão sujeitos ao risco de infecção pelo HIV/VIH. A identificação do estado sorológico dos parceiros determina quais serviços de prevenção são adequados não só para o parceiro sexual como indivíduo, mas também para o casal composto pelo parceiro sexual e pela pessoa vivendo com HIV/VIH.

Quando sabe-se que o parceiro sexual não tem HIV/VIH, é essencial promover a orientação dos casais com estados sorológicos diferentes para que eles tenham as informações e oportunidades necessárias para conseguir reduzir os riscos de contração do HIV/VIH pelo parceiro com sorologia negativa. Isso também facilita o uso de métodos de prevenção da transmissão de mãe para filho no caso de casais interessados em ter filhos. Da mesma forma, os cuidados e tratamentos de HIV/VIH para parceiros infectados são uma prioridade para os parceiros sexuais de pessoas vivendo com HIV/VIH, além de uma gama ampla de serviços de prevenção para pessoas vivendo com HIV/VIH.

É necessário ter um processo contínuo de orientação e apoio para pessoas vivendo com HIV/VIH para incentivar que seus parceiros sexuais façam o teste, em vez de realizar esse controle apenas na admissão, para acompanhar novos parceiros sexuais e para repetir os testes dos parceiros com sorologia negativa conforme necessário. Intervenções em clínicas ou instalações médicas devem ser reforçadas por meio de programas para a comunidade. Todos os programas para a comunidade devem incorporar conexões e encaminhamentos adequados para programas em clínicas ou instalações médicas.

A realização dos testes de HIV/VIH para parceiros deve ser sempre acompanhada dos elementos a seguir:

- Serviços de cuidado e tratamento de HIV/VIH para parceiros de pessoas vivendo com HIV/VIH que também tenham sorologia positiva.
- Serviços diferenciados de orientação e apoio para casais em que apenas um dos integrantes tenha HIV/VIH.
- Repetição do teste de HIV/VIH para parceiros com sorologia negativa, de acordo com as diretrizes nacionais de teste de HIV/VIH.

Ferramenta de medição: Os dados podem ser extraídos de ferramentas de monitoramento existentes ou modificadas, como os cadastros ou bancos de dados das instalações médicas ou os históricos e registros de pacientes ou clientes.

Como fazer a medição:

Explicação do numerador: É possível gerar o numerador contando o número de pessoas vivendo com HIV/VIH que tenham pelo menos um parceiro sexual que tenha feito o teste de HIV/VIH durante o período de apuração em uma clínica ou instalação médica ou por meio de um programa comunitário ou domiciliar. Para ser contabilizado nesse indicador, é necessário realizar o primeiro teste e depois repeti-lo no caso de parceiros sexuais com sorologia negativa, conforme as diretrizes nacionais de orientação e testes de HIV/VIH.

Explicação do denominador: Consulte o indicador #P7.11.D recomendado pelo PEPFAR NFI para ver uma explicação do denominador.

Nota sobre o desagrupamento: Uma vez que um mesmo indivíduo pode acessar serviços tanto nas instalações médicas quanto no contexto comunitário, as equipes nacionais poderão decidir se aceitarão ou não entradas duplicadas na hora de agrupar esse indicador com diversos parceiros. Assim, teremos: “Número de pessoas atendidas na comunidade” + “Número de pessoas atendidas nas instalações médicas” ≥ “Número total de pessoas atendidas”.

Considerações: Esse indicador mostra informações sobre o número total de indivíduos únicos que usufruíram dos serviços de orientação e teste no local por serem parceiros de pessoas vivendo com HIV/VIH. Ao determinar o alcance do serviço (apenas pelo uso do numerador), o indicador ajudará a demonstrar o quanto os parceiros sexuais de pessoas vivendo com HIV/VIH estão fazendo testes de HIV/VIH. A robustez desse indicador depende da qualidade dos registros usados em sua elaboração.

Fonte: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

NÍVEL 3

2.2.4 Percentual de indivíduos maiores de 15 anos que receberam serviços de orientação e teste voluntário de HIV/VIH para casais e descobriram os resultados do teste de HIV/VIH junto com o(s) parceiro(s) nos últimos doze meses

Definição: Proporção de indivíduos maiores de 15 anos que receberam serviços de orientação e teste voluntário de HIV/VIH para casais e descobriram os resultados do teste junto nos últimos doze meses. Esse indicador monitora tendências no uso dos serviços de orientação e teste voluntário de HIV/VIH para casais ao longo do tempo em um país.

Numerador: Maiores de 15 anos que usufruíram dos serviços de orientação e teste voluntário de HIV/VIH com seus cônjuges ou parceiros e descobriram os resultados do teste juntos durante os últimos doze meses.

Denominador: Participantes com pelo menos 15 anos.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos, maiores de 25 anos) e sexo.

Referência completa: OMS, G1a (p. 36):

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501347_eng.pdf

2.3 Integração de serviços e conexões

Existe um foco cada vez maior na necessidade de integrar as questões de gênero nos serviços e programas de HIV/Aids/ VIH/SIDA. Uma parte dessa ênfase foi colocada na integração dos serviços de HIV/Aids/ VIH/SIDA com outros tipos de tratamentos de saúde relacionados às necessidades das pessoas vivendo com HIV/VIH.²⁹ As mulheres serão as mais beneficiadas por essa abordagem, já que elas têm menos tempo, mobilidade e recursos para acessar serviços separados. Os homens também poderão ser beneficiados porque em muitas situações é mais provável que eles trabalhem fora e tenham menos oportunidades de comparecer aos serviços de saúde durante o horário de trabalho. Por exemplo: tanto as mulheres quanto os homens podem ficar com a saúde debilitada em decorrência de uma coinfeção de HIV/VIH e tuberculose. As gestantes vivendo com HIV/VIH têm um risco dez vezes maior de desenvolver tuberculose ativa em comparação com gestantes de sorologia negativa.³⁰ Os índices de detecção de casos de tuberculose são significativamente menores nas mulheres porque elas demoram para procurar tratamento, não são abordadas pelos programas de promoção de saúde e têm que lidar com estigma e discriminação. Na África, há cerca de 20% mais óbitos pela associação da tuberculose com o HIV/VIH na população feminina do que na população masculina.³¹

Além disso, a integração dos serviços de HIV/Aids/ VIH/SIDA com serviços de saúde sexual e reprodutiva (por exemplo: planejamento familiar e tratamento pré-natal) pode ajudar a atender às diferentes necessidades das mulheres e talvez até a diminuir o estigma. As mulheres vivendo

²⁹ UNAIDS/ONUSIDA e OMS, http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/policy%20statement_gwh.pdf

³⁰ Pillay T et al. *The increasing burden of tuberculosis in pregnant women, newborns and infants under 6 months of age in Durban, KwaZulu-Natal. The South African Medical Journal*, 2001, Nov; 91:983–7.

³¹ OMS, Relatório Global sobre a Tuberculose, 2012.

com HIV/VIH costumam enfrentar um julgamento negativo da sociedade em decorrência de suas escolhas de saúde sexual e reprodutiva, são aconselhadas a evitar gestações, às vezes são forçadas à esterilização ou são obrigadas a interromper gestações. Por outro lado, os homens costumam ser influenciados por pressões sociais que podem dificultar a adoção dos comportamentos de proteção, tanto para eles mesmos quanto para seus parceiros sexuais. Por exemplo: como é mais provável que os homens usufruam dos serviços de tratamento de tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis, a integração dos serviços de HIV/Aids/ VIH/SIDA poderá facilitar mais cobertura e acesso ao tratamento para homens e meninas. Os indicadores desta seção servem para examinar os padrões e medir o progresso alcançado nessa área.³²

NÍVEL 1

2.3.1 Percentagem estimada de casos com incidência de HIV/VIH e TB que receberam tratamento para as duas condições

Definição: Proporção de indivíduos com tuberculose e sorologia positiva de HIV/VIH que receberam tratamento para as duas condições. O indicador mede o progresso de detecção e tratamento da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/VIH.

Numerador: Número de adultos e crianças com infecções de HIV/VIH que receberam a terapia de combinação antirretroviral de acordo com o protocolo de tratamento aprovado no país (ou segundo os padrões da OMS e da UNAIDS/ONUSIDA) e que começaram a fazer o tratamento da tuberculose (conforme as diretrizes nacionais do programa de TB) no ano de apuração.

Denominador: Número estimado de casos de tuberculose em pessoas vivendo com HIV/VIH.

Desagrupado por: Idade (menores de 15 anos, maiores de 15 anos) e sexo.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

2.3.2 NÍVEL 2

Proporção de clientes encaminhados que completaram o tratamento

Definição: Proporção de clientes do serviço de HIV/VIH que foram encaminhados e completaram o tratamento. No contexto da igualdade de gênero e do HIV/VIH: Proporção de clientes que comparecem aos serviços de HIV/VIH que são encaminhados a outros tipos de serviços e chegam a procurar e a receber tratamentos nos serviços em questão. Os serviços de encaminhamento podem incluir VBG, nutrição, saúde mental, atividades econômicas, entre outros.

Numerador: Número de clientes que completaram o tratamento no serviço para o qual foram encaminhados. Áreas de serviço que devem ser incluídas: VBG, nutrição, saúde mental, atividades econômicas, entre outros.

³²Outros trabalhos sobre o desenvolvimento dos indicadores com integração estão em andamento e estão disponíveis no endereço a seguir quando forem concluídos: (<http://www.indicatorregistry.org>)

Denominador: Número de clientes encaminhados pelos serviços de encaminhamento.

Desagrupado por: Sexo.

O que é medido: Em um ambiente de serviços cada vez mais complexo, a integração dos serviços de HIV/VIH entre si e com outros serviços é muito importante para garantir acessibilidade aos clientes e eficiência de execução para o sistema de saúde, o que acaba melhorando os resultados individuais e familiares. Há um interesse em integrar vários serviços de HIV/VIH em um contínuo perfeito (por exemplo: tratamentos antirretrovirais e serviços de orientação e teste voluntário); em integrar serviços de HIV/VIH a outros serviços de saúde (por exemplo: planejamento familiar, tuberculose e cuidados pré-natais); e em integrar vários serviços de HIV/VIH a serviços alheios ao sistema de saúde (por exemplo: serviços educacionais, sociais, de proteção, entre outros). Por exemplo: o encaminhamento para testes de HIV/VIH faz parte de um pacote completo de serviços integrados de planejamento familiar e HIV/VIH, além de ser um componente importante da prevenção do HIV/VIH, inclusive PTMF. As mulheres serão as mais beneficiadas por essa abordagem, já que elas têm menos tempo, mobilidade e recursos para acessar serviços separados. Dessa forma, é essencial formalizar e monitorar as conexões entre serviços prestando uma atenção especial no acesso para mulheres e comunidades marginalizadas.

Ferramenta de medição: Registros de encaminhamentos ou atividades e serviços; cadastros dos serviços de encaminhamento, folhas de acompanhamento de clientes e registros dos funcionários de atendimento comunitário.

Como fazer a medição: Os registros precisam incluir:

- O número de encaminhamentos e/ou encaminhamentos reversos feitos e concluídos (caso seja possível coletar essa informação);
- O tipo de encaminhamento (serviço ao qual o encaminhamento foi feito); e
- O local ao qual/do qual o encaminhamento foi feito.

O numerador é gerado contando o número de clientes para quem há indícios de um encaminhamento concluído de acordo com os registros do serviço que realizou o encaminhamento, de quando o cliente voltou do serviço que recebeu o encaminhamento, sempre que a ficha de acompanhamento do cliente for coletada e devolvida ao serviço que realizou o encaminhamento no final do período de apuração.

O denominador é uma contagem de todos os clientes que foram encaminhados de um serviço ou instalação médica de encaminhamento para qualquer tipo de tratamento de acordo com o registro realizado no final do período de apuração. É necessário examinar esses dados de forma desagrupada por serviço para que eles tenham o máximo de utilidade às decisões gerenciais. Por exemplo: o encaminhamento de clientes de serviços de orientação e teste voluntário com testes positivos, principalmente para o início da terapia antirretroviral, deve ser acompanhado de forma granular e não deve ser misturado com outros encaminhamentos diferentes, como os de terapia de prevenção de tuberculose.

Considerações: Em geral, é necessário trabalhar com organizações parceiras para desenvolver um mecanismo formal de registro dos encaminhamentos para coletar todos os dados importantes. No entanto, às vezes não é possível coletar os dados de encaminhamentos e encaminhamentos reversos realizados e concluídos. Com mais informações (por exemplo: a % de encaminhamentos concluídos), é possível identificar problemas e melhorar o sistema de encaminhamento.

Esse indicador não mede a adequação de encaminhamentos individuais feitos pelo prestador de serviços ou por funcionários de atendimento comunitário, além de não medir a qualidade dos serviços recebidos pelo indivíduo. Esse indicador não mede se os protocolos de encaminhamento foram ou não foram implementados conforme o planejado nem se os dados de encaminhamento são de alta qualidade.

Fonte: Fundo Global, CSS 3.2, (M&E Toolkit: Part 5 Health and Community Systems Strengthening, Global Fund, 2011); Adaptado de IPPF Sexual Diversity Indicators: Partnerships indicator 4 (p. 5): <https://www.ippfwhr.org/en/search/node/indicadores%20de%20diversidad%20sexual>; Avaliação do Sistema de Encaminhamentos e da Ferramenta de Monitoramento e Avaliação.

NÍVEL 3

2.3.3 Número de mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos que receberam métodos anticoncepcionais modernos no local de atendimento

Definição: Número de mulheres soropositivas e de homens soropositivos com parceiras mulheres que receberam métodos anticoncepcionais no local de atendimento.

Contagem: Número de mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos que receberam métodos anticoncepcionais modernos no local de atendimento.

Desagrupado por: Local (instalações médicas, clínicas, comunidade e domicílio).

O que é medido: Esse indicador traz informações sobre o número total de indivíduos únicos que receberam métodos anticoncepcionais modernos no local de atendimento. Ao determinar o alcance do serviço, o indicador ajudará a demonstrar em que medida as pessoas vivendo com HIV/VIH estão recebendo métodos anticoncepcionais modernos. Ele não revelará o tipo específico de método nem o sucesso desses métodos na prevenção de gestações. Ao determinar a cobertura, o denominador fará um cálculo exagerado das pessoas que precisam de métodos anticoncepcionais porque isso pode incluir mulheres que já passaram do período fértil, mulheres que querem ficar grávidas, mulheres que não querem usar anticoncepcionais, bem como mulheres e parceiros cujas intenções relacionadas à gestação ainda nem foram avaliadas. Esse indicador costuma dizer respeito apenas ao uso de serviços de SSR em instalações médicas. No entanto, talvez os avaliadores decidam incluir a oferta dos serviços de SSR por meio de outros prestadores ou de profissionais de saúde da comunidade. Os serviços de saúde de maior interesse incluem todos os serviços relacionados a orientação, teste e tratamento de HIV/VIH; diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST); e orientação e prestação de serviços de circuncisão masculina.

Ferramenta de medição: Os dados podem ser extraídos de ferramentas de monitoramento existentes ou modificadas, como os cadastros ou bancos de dados das instalações médicas ou os históricos e registros de pacientes ou clientes.

Como fazer a medição: O indicador pode ser gerado pela contagem do número de mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos que receberam métodos anticoncepcionais modernos no local de atendimento durante o ano de apuração em uma clínica ou instalação médica ou em um programa comunitário ou domiciliar. Os métodos anticoncepcionais modernos incluem: pílula anticoncepcional combinada, injetáveis só de progesterona, dispositivos

intrauterinos, pílulas só de progesterona e implantes hormonais. Também incluem-se os procedimentos de vasectomia e esterilização para mulheres.

No caso de homens soropositivos, talvez eles passem por uma análise inicial das necessidades de planejamento familiar existentes para ele e sua parceira e, quando for esse o caso, a(s) parceira(s) sexual(is) do homem soropositivo receberá(ão) um método anticoncepcional (na clínica, no posto comunitário ou em outro ponto de execução do serviço). Contudo, apenas os homens soropositivos devem ser contabilizados nesse indicador. Uma vez que o homem soropositivo servirá como o cliente de referência, não inclui a parceira na contagem a menos que ela também seja uma cliente soropositiva do programa.

Nota sobre o desagrupamento: Uma vez que um mesmo indivíduo pode acessar serviços tanto nas instalações médicas quanto no contexto comunitário, as equipes nacionais poderão decidir se aceitarão ou não aceitarão entradas duplicadas na hora de agrupar esse indicador com diversos parceiros. Assim, teremos: “Número de pessoas atendidas na comunidade” + “Número de pessoas atendidas nas instalações médicas” \geq “Número total de pessoas atendidas”.

Considerações: Os serviços de planejamento familiar e anticoncepcional (financiados por meio de programas intensivos e abrangentes) são uma peça-chave do pacote mínimo para intervenções de prevenção com pessoas vivendo com HIV/VIH (Indicador #P7.1.D), que oferece uma ampla gama de serviços comprovados de prevenção de HIV/VIH para pessoas vivendo com essa condição. O intuito desse indicador é medir até que ponto o programa integra serviços anticoncepcionais modernos na prestação de atendimento a mulheres soropositivas e às parceiras de homens soropositivos.

O ideal é integrar a avaliação do quanto uma pessoa vivendo com HIV/VIH está interessada em ter uma gestação à maioria dos serviços do programa e realizar essa avaliação a cada encontro que o cliente tiver com o orientador ou prestador de serviços de saúde. Para quem deseja postergar a gestação, é essencial promover a prevenção de gestações indesejadas em mulheres soropositivas para evitar a transmissão do HIV/VIH de mãe para filho (PTMF). Dado o fato de que níveis muito altos de gestações indesejadas foram registrados para clientes soropositivas, existe a necessidade primordial de avaliar as intenções de pessoas vivendo com HIV/VIH com relação à fertilidade junto com serviços de apoio e orientação anticoncepcional adequada.

A melhor estratégia é integrar a orientação de planejamento familiar e o fornecimento de métodos anticoncepcionais a programas que possibilitem o acesso imediato a serviços de apoio e orientação contínua. Intervenções em clínicas ou instalações médicas devem ser reforçadas por meio de programas para a comunidade. Todos os programas comunitários dos serviços de prevenção devem incorporar conexões e encaminhamentos adequados a programas de clínicas ou instalações médicas.

O fornecimento de métodos anticoncepcionais modernos no local de atendimento deve ser sempre acompanhado de:

- Uma avaliação da intenção de gestação;
- Uma avaliação da necessidade de métodos anticoncepcionais; e
- Uma avaliação da elegibilidade médica dessas mulheres ao método anticoncepcional.

Fonte: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

2.4 Envolvimento masculino

Além de contribuir com o risco e a vulnerabilidade aos quais as mulheres estão sujeitas, as normas de gênero e as relações desiguais de poder entre mulheres e homens também podem influenciar o risco de contração do HIV/VIH pelos homens. As normas culturais de masculinidade costumam representar obstáculos para uma resposta eficaz frente ao HIV/Aids/ VIH/SIDA, principalmente na hora de mudar as relações de poder entre homens e mulheres e no quanto isso impede que os homens busquem informações, tratamento e apoio ou aceitem uma parte da responsabilidade pelos cuidados relacionados à condição. As normas e perspectivas tradicionais e estereotipadas de homens, mulheres, e a relação existente entre eles, impossibilita uma resposta eficaz ao HIV/VIH. Cada vez mais, provas factíveis indicam que intervenções muito bem planejadas para transformar os papéis dos sexos perante homens e meninas podem gerar melhorias significativas nas posturas e práticas desse grupo ao lidar com questões relacionadas ao gênero, o que também acaba tendo um efeito nos riscos do HIV/VIH e no impacto das intervenções. Papéis sociais de gênero mais engessados e contemporâneos fizeram com que homens e meninas relacionassem comportamentos arriscados com masculinidade; na mesma linha, iniciativas de promoção da saúde são vistas como atos contrários à masculinidade. Dessa forma, contar com o envolvimento de homens e meninas é essencial na hora de abordar desigualdades de gênero no contexto do HIV/VIH: seja como parceiros e familiares de mulheres e meninas, líderes comunitários e decisores, autores de discriminação e violência, e indivíduos com necessidades específicas de saúde sexual e reprodutiva. O trabalho feito com homens e meninas para mudar as normas associadas a paternidade, responsabilidade sexual, tomada de decisões e violência deve ser incluído nos programas de saúde reprodutiva, HIV/VIH e serviços de outra natureza. Cuidar da saúde sexual e reprodutiva dos homens é bom para a saúde tanto dos homens quanto das mulheres. Por exemplo: uma educação de HIV/Aids/ VIH/SIDA adequada para a idade e o sexo de jovens com o potencial de mudar perspectivas que influenciarão o comportamento dessas pessoas.³³ Isso também pode ser um ponto de entrada importante para educar homens e mulheres sobre a vulnerabilidade à infecção do HIV/VIH e promover os papéis deles como agentes de transformação.

NÍVEL 2

2.4.1 Número de visitas feitas por jovens do sexo masculino a serviços específicos de saúde sexual e reprodutiva

Definição: Número de visitas a serviços específicos de saúde sexual e reprodutiva por jovens do sexo masculino, conforme medição feita pelos registros da instalação médica (medindo apenas a utilização do serviço).

Contagem: Número de jovens de 10 a 24 anos usuários de um serviço de SSR, desagrupados por serviço recebido em um período determinado. Esse indicador costuma dizer respeito apenas ao uso de serviços de SSR em instalações médicas. No entanto, talvez os avaliadores decidam incluir a oferta dos serviços de SSR por meio de outros prestadores ou de profissionais de saúde da comunidade. Os serviços de saúde de maior interesse incluem todos os serviços relacionados a orientação, teste e tratamento de HIV/VIH; diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST); e orientação e prestação de serviços de circuncisão masculina.

³³ EngenderHealth & Planned Parenthood Association, África do Sul, 2001. Men as Partners. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/gender/ppasamanual.pdf>

Desagrupado por: Tipo de serviço.

Referência completa: Adaptado do banco de dados de indicadores do MEASURE Evaluation PRH FP/RH: http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/arh/use-of-specified-rh-health-services-by-young

2.4.2 Percentagem de gestantes usuárias dos serviços de pré-natal cujo parceiro fez teste de HIV/VIH

Definição: Percentagem de gestantes usuárias dos serviços de pré-natal cujo parceiro fez teste de HIV/VIH durante a gestação da parceira nos últimos doze meses.

Numerador: Número de gestantes usuárias dos serviços de pré-natal cujo parceiro fez teste de HIV/VIH nos últimos doze meses.

Denominador: Número estimado de gestantes nos últimos doze meses.

Desagrupado por: Idade.

Referência completa: OMS, G1b (p. 38): A Guide on Indicators for Monitoring and Reporting on the Health Sector Response to HIV/AIDS: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501347_eng.pdf

NÍVEL 3

2.4.3 Disponibilidade de informações acessíveis, relevantes e corretas sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR) adaptadas para os jovens

Definição: Número e tipos de fontes de informações acessíveis, relevantes e corretas sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR) projetadas especificamente para adolescentes e jovens do sexo masculino entre 10 e 24 anos. As fontes podem incluir a imprensa, os programas e as instalações de saúde, a educação de colegas e os programas de orientação, os programas de educação sexual para jovens que concluíram ou não seus estudos, assim como serviços e iniciativas educacionais comunitárias de saúde reprodutiva. Necessidades de acessibilidade definidas de forma local, dependendo da área geográfica, dos modos de transporte e da comunicação disponível para a maioria da população.

É necessário definir áreas de captação geográfica ou programática. Materiais e oportunidades de participação no programa precisam estar disponíveis e serem acessíveis, de preferência em formatos ou ambientes direcionados a homens ou serem mais convidativos para indivíduos do sexo masculino. Informações relevantes e corretas estão relacionadas às necessidades, preocupações e riscos de SSR para a população-alvo com diretrizes, materiais, comunicações, treinamentos e currículos educacionais adequados, instrutivos e motivacionais que tenham passado por um planejamento, concepção e teste criterioso para as faixas etárias em questão.

Contagem: Número de fontes de informação de SSR direcionadas a jovens do sexo masculino.

Desagrupado por: Tipo.

Referência completa: Banco de dados de indicadores do MEASURE Evaluation PRH FP/RH: http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/me/availability-of-accessible-relevant-and-accurate-information-about-sexual-and-reproductive-health-tailored-to-young-men

3.1 Pessoas vivendo com HIV/VIH

Existe toda uma gama de problemas que afetam as pessoas vivendo com HIV/VIH que resultam nas consequências da desigualdade de gênero. A falta de recursos ou de controle sobre os gastos domésticos costuma impedir que as mulheres acessem os serviços de terapia antirretroviral. Muitas mulheres, principalmente as vivendo com HIV/VIH, perdem a casa, a herança, os bens, o sustento e até os filhos quando os parceiros morrem. É por isso que os programas de compartilhamento de custos costumam apresentar uma desvantagem maior para mulheres do que para homens. Os programas que promovem oportunidades econômicas para mulheres (por exemplo: iniciativas de microfinanças e microcrédito, treinamentos vocacionais e profissionais, e outras atividades para geração de receita) podem proteger e promover os direitos dessas mulheres às suas heranças e intensificar esforços para manter as meninas na escola. Os indicadores desta seção abrangem questões que precisam ser resolvidas para pessoas vivendo com HIV/VIH no contexto do gênero.

NÍVEL 2

3.1.1 Percentagem de pacientes recebendo terapia antirretroviral que se beneficiam de programas para microempresa ou microfinanças

Definição: Proporção de pacientes recebendo terapia antirretroviral que se beneficiam de programas de microfinanças em uma região ou país.

Numerador: Número de pacientes recebendo terapia antirretroviral que se beneficiam dos programas para microempresas ou microfinanças.

Denominador: Número total de pacientes recebendo terapia antirretroviral que participaram do levantamento.

Desagrupado por: Sexo.

Referência completa: OMS, Monitoring Equity in Access to AIDS Treatment Programs, Intersectoral Action 8b (p.73):

<http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=801>

NÍVEL 3

3.1.2 Proporção de pessoas maiores de 15 anos vivendo com HIV/VIH que receberam orientação e apoio para tratamento de alcoolismo no local de atendimento

Definição: Proporção de pessoas vivendo com HIV/VIH que receberam orientação e apoio para tratamento de alcoolismo durante consulta com um profissional de saúde.

Numerador: Número de pessoas (maiores de 15 anos) vivendo com HIV/VIH que receberam orientação e apoio para tratamento de alcoolismo no local de atendimento.

Denominador: Número de indivíduos soropositivos (maiores de 15 anos) que recebem pelo menos um serviço clínico.

Desagrupado por: Sexo e local (clínicas, instalações médicas, comunidade e domicílio).

O que é medido: Esse indicador traz informações sobre o número total de indivíduos únicos que receberam orientação e apoio para tratamento de alcoolismo no local de atendimento durante a prestação do serviço. Ao determinar o alcance do serviço (apenas para o uso do numerador), o indicador ajudará a demonstrar em que medida as pessoas vivendo com HIV/VIH recebem orientação e apoio para o tratamento de alcoolismo como parte do pacote de serviços de saúde. A orientação e o apoio para o tratamento de alcoolismo fazem parte de uma gama de serviços prestados às pessoas vivendo com HIV/VIH. O consumo de álcool é associado a um comportamento sexual mais arriscado e menor adesão a terapias antirretrovirais e VBG, o que aumenta o risco de transmissão e exposição ao HIV/VIH. O nível de consumo de álcool para várias pessoas soropositivas da África Subsaariana é alto, mas há um empenho mínimo em avaliar o consumo de álcool entre pessoas vivendo com HIV/VIH e incorporar suporte para redução (ou eliminação) do consumo de álcool como parte do tratamento dessas pessoas. O consumo de álcool é associado a um comportamento sexual mais arriscado e menor adesão a terapias antirretrovirais.

O nível de consumo de álcool para várias pessoas soropositivas da África Subsaariana é alto, mas há um empenho mínimo em avaliar o consumo de álcool entre pessoas vivendo com HIV/VIH e incorporar suporte para redução (ou eliminação) do consumo de álcool como parte do tratamento dessas pessoas. A demanda por esses serviços é significativa e merece atenção. Os programas devem incluir a avaliação rotineira do consumo de álcool em cada encontro do cliente com os conselheiros ou prestadores de serviços. A orientação e o apoio do tratamento de alcoolismo devem ser integrados aos programas para possibilitar o acesso aos serviços de orientação e apoio. Todas as intervenções em clínicas ou instalações médicas devem ser corroboradas por programas comunitários. Pacientes com problemas com drogas e álcool devem ser encaminhados a programas de tratamento para dependentes químicos sempre que possível. Todos os programas comunitários de prestação de serviços devem incorporar conexões e encaminhamentos adequados para programas em clínicas ou instalações médicas.

Ferramenta de medição: Os dados podem ser extraídos de ferramentas de monitoramento existentes ou modificadas, como os cadastros ou bancos de dados das instalações médicas ou os históricos e registros de pacientes ou clientes.

Como fazer a medição: É possível gerar o numerador contando o número de pessoas vivendo com HIV/VIH que receberam informações sobre tratamento do alcoolismo no local de atendimento, orientação e apoio para a eliminação ou redução do consumo de álcool durante o período de apuração nos programas de clínicas e instalações médicas ou no contexto comunitário ou domiciliar. A orientação e o apoio para redução do consumo de álcool podem ser realizados das seguintes formas: mensagens entregues pelo prestador de serviços e/ou orientador para promover a abstinência do álcool ou a redução do consumo, sessões individuais de orientação ou serviços de apoio que incluem, sem limitação, sessões educativas e grupos de apoio com um número limitado de pessoas. O denominador é o número de indivíduos soropositivos (maiores de 15 anos) que recebem pelo menos um serviço clínico. O numerador é dividido pelo denominador.

Nota sobre o desagrupamento: Uma vez que um mesmo indivíduo pode acessar serviços tanto nas instalações médicas quanto no contexto comunitário, as equipes nacionais poderão decidir se aceitarão ou não aceitarão entradas duplicadas na hora de agrupar esse indicador com diversos parceiros. Assim, teremos: “Número de pessoas atendidas na comunidade” + “Número de pessoas atendidas nas instalações médicas” \geq “Número total de pessoas atendidas”.

Considerações: A robustez dos indicadores dependerá da qualidade dos dados relacionados às instalações médicas e ao programa.

Fonte: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

3.1.3 Percentagem de PVHIV que ouviram falar da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids/ VIH/SIDA

Definição: Proporção de pessoas vivendo com HIV/VIH que ouviram falar da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids/ VIH/SIDA em uma região ou país.

Numerador: Número de pessoas vivendo com HIV/VIH entrevistadas em uma região ou país que ouviram falar da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids/ VIH/SIDA em algum momento.

Denominador: Número total de pessoas vivendo com HIV/VIH entrevistadas.

Desagrupado por: Sexo (ou gênero descrito pela própria pessoa), grupos sociais (populações-chave) e idade.

O que é medido: Muitas pessoas vivendo com HIV/VIH não sabem muito bem quais são seus direitos ou como protegê-los, além de não acreditarem que seja possível exigir o cumprimento deles. Esse indicador mede o quão consciente a população das pessoas vivendo com HIV/VIH está a respeito dessa declaração importante que protege os direitos delas.

Ferramenta de medição: Levantamento do índice de estigma de HIV/VIH.

Como fazer a medição: Pergunta-se aos participantes se eles já ouviram falar da declaração. Quem responder que sim é colocado no numerador. Todos os participantes são colocados no denominador. Em seguida, o numerador é dividido pelo denominador.

Considerações: Esse indicador mede o nível de conscientização entre pessoas vivendo com HIV/VIH, mas não avalia se elas sentem empoderadas para exigir seus direitos. Ele também não mede qual é o peso real da declaração em um país ou se ela é o não é cumprida.

Fonte: Índice de Estigma do HIV/VIH: <http://www.stigmindex.org/about-index>; http://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf

3.1.4 **Porcentagem de PVHIV que estão cientes dos seus direitos e sabem como protegê-los**

Definição: Proporção de pessoas vivendo com HIV/VIH que estão cientes dos seus direitos e de como protegê-los de acordo com as estipulações de leis, regulamentos ou políticas vigentes que representam obstáculos para uma prevenção eficaz do HIV/VIH, inclusive tratamento, cuidados e apoio para populações vulneráveis.

Numerador: Pergunte aos participantes: Você sabia que em (nome do país) as pessoas vivendo com HIV/VIH têm direito a (lista de direitos naquele país específico, como o direito a tratamento, direito a vagas de emprego, entre outros)?

- X (por exemplo: vínculos empregatícios);
- Y (por exemplo: tratamento).

Denominador: Número total de pessoas vivendo com HIV/VIH entrevistadas.

Desagrupado por: Sexo (ou o gênero descrito pela própria pessoa) do entrevistado, grupos sociais e idade.

O que é medido: O conhecimento dos direitos garantidos pela lei às pessoas vivendo com HIV/VIH continua sendo baixo, principalmente para o público feminino de muitos países. O IPCN da UNGASS coleta informações governamentais sobre a existência de leis, regulamentos e políticas, sendo que esse indicador possibilita avaliar o conhecimento que a população afetada tem sobre isso. Os gestores e avaliadores de programas podem ter interesse em saber até que ponto as pessoas vivendo com HIV/VIH estão cientes dos seus direitos de acordo com as leis e políticas nacionais. Esse indicador de resultados mede até que ponto as pessoas vivendo com HIV/VIH estão cientes de seus direitos.

Ferramenta de medição: Levantamento populacional.

Como fazer a medição: Esse indicador é medido fazendo uma série de perguntas, conforme a definição acima, que foram preparadas para cada país, a fim de refletir os direitos constitucionais e jurídicos daquele lugar. Caso alguém responda que sim a qualquer pergunta, essa pessoa será contabilizada no numerador. Esse número será dividido pelo denominador, que inclui todos os participantes do levantamento.

Considerações: A medição desse indicador reflete apenas o quanto as pessoas estão cientes de uma lei e não expressa uma medida do nível de compreensão dos entrevistados sobre os direitos jurídicos das pessoas vivendo com HIV/VIH e o que elas podem esperar receber. Em lugares em que há poucos direitos jurídicos para mulheres, talvez esse indicador não seja útil. No entanto, isso

pode ser usado para acompanhar as mudanças ao longo do tempo conforme a legislação começa a incluir mais direitos para pessoas vivendo com HIV/VIH.

Fonte: Índice de Estigma do HIV/VIH: <http://www.stigmaindex.org/about-index>; http://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf

3.2 Populações-chave

A desigualdade de gênero é um assunto cada vez mais importante no planejamento para as populações-chave. Para ser eficaz, a dinâmica de gênero do profissional do sexo e dos usuários de drogas injetáveis precisa ser integrada ao planejamento para gerar uma resposta às epidemias criadas por esses fatores. Usuários de drogas injetáveis do sexo feminino e masculino têm padrões e costumes diferentes na hora de injetar as drogas, além de acessos diferentes a terapias de substituição, orientação e testes.³⁴ Por exemplo: usuárias de drogas injetáveis costumam realizar o procedimento depois dos parceiros por causa das relações de poder ou por não saberem injetar sozinhas e esperarem a ajuda dos parceiros. Além disso, usuárias de drogas injetáveis têm que enfrentar violações bem específicas de seus direitos humanos, como a alienação forçada de seus filhos, o que pode diminuir o interesse dela em ir atrás desses serviços. Talvez as parceiras de usuários de drogas injetáveis não estejam cientes da necessidade de acessar serviços e testes de HIV/VIH. Também é possível que elas não se sintam à vontade de falar sobre o assunto por medo de sofrer violência. Os indicadores desta seção foram escolhidos para garantir um foco nas questões de gênero que afetam as populações-chave.

NÍVEL 1

3.2.1 Percentagem de populações-chave que participaram de programas de prevenção do HIV/VIH

Definição: Proporção de populações-chave que são afetadas por programas de prevenção de HIV/VIH em uma região ou país:

Numerador: Número de populações-chave que receberam um pacote básico (mínimo) de serviços de prevenção do HIV/VIH.

Denominador: Número estimado da população-chave.

Desagrupado por: População-chave (jovens, minorias étnicas, profissionais do sexo, entre outros) seguido por idade e sexo (para homens, mulheres e pessoas transgênero que são profissionais do sexo).

Referência completa: www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067

³⁴ Kozul K et al. *Risk behavior of customers in centers for free voluntary HIV counselling and testing in two Croatian cities--Osijek and Zadar. Coll Antropol.* Junho de 2010; 34(2): 509–13

3.2.2 Profissionais do sexo: programas de prevenção

Definição: Percentagem de profissionais do sexo incluídos em programas de prevenção do HIV/VIH.

Numerador: Número de profissionais do sexo que responderam “sim” para as duas perguntas:

- Você sabe aonde ir se quiser fazer um teste de HIV/VIH?
- Nos últimos doze meses, você recebeu preservativos (por exemplo: por meio de um serviço comunitário, centro de atendimento ou clínica de saúde sexual)?

Denominador: Número total de profissionais do sexo que participaram do levantamento.

Desagrupado por: Sexo (feminino, masculino e transgênero) e idade (menores de 25 anos, maiores de 25 anos).

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; # 1.7 ‘M&E toolkit. HIV, TB, Malaria and HSS+CSS’ 2011, #HIV-P5: <http://reliefweb.int/report/world/monitoring-and-evaluation-toolkit-hiv-tuberculosis-malaria-and-health-and-community>

3.2.3 Prevalência do HIV/VIH nas populações-chave

Definição: Percentagem de populações-chave vivendo com HIV/VIH. A proporção deve ser calculada de forma separada para cada grupo.

Numerador: Número de usuários de drogas injetáveis, homens que praticam sexo com outros homens, indivíduos transgênero ou profissionais do sexo que são soropositivos.

Denominador: Número de indivíduos de uma população-chave que fez o teste de HIV/VIH.

Desagrupado por: População-chave (usuários de drogas injetáveis, homens que praticam sexo com outros homens, indivíduos transgênero ou profissionais do sexo), sexo e idade.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

3.2.4 Pessoas que injetam drogas: práticas seguras do uso de seringas

Definição: Proporção de pessoas que injetam drogas e dizem ter usado equipamentos esterilizados na última vez que injetaram drogas.

Numerador: Número de usuários de drogas injetáveis que dizem ter usado equipamentos esterilizados na última vez que injetaram drogas.

Denominador: Número de usuários de drogas injetáveis que dizem ter injetado drogas no último mês.

Desagrupado por: Idade (menores de 25 anos, maiores de 25 anos) e sexo.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011 #2.3 (p. 52): http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf

3.2.5 Profissionais do sexo: uso de preservativo

Definição: Percentagem de profissionais do sexo que disseram ter usado preservativo com o último cliente.

Numerador: Número de profissionais do sexo que disseram ter usado preservativo com o último cliente.

Denominador: Número de profissionais do sexo que disseram ter feito sexo para fins comerciais nos últimos doze meses.

Desagrupado por: Sexo (feminino, masculino e transgênero) e idade (menores de 25 anos, maiores de 25 anos).

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011 #1.8 (p. 32): http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf

3.2.6 Pessoas que injetam drogas: uso de preservativo

Definição: Proporção de usuários de drogas injetáveis que dizem ter usado preservativo na relação sexual mais recente do último mês.

Numerador: Número de usuários de drogas injetáveis que dizem ter usado preservativo na última relação sexual.

Denominador: Número de usuários de drogas injetáveis que dizem ter injetado drogas e mantido relações sexuais no último mês.

Desagrupado por: Sexo e idade (menores de 25 anos, maiores de 25 anos).

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 - Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011 #2.2 (p. 50): http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf

NÍVEL 2

3.2.7 Usuários de drogas injetáveis: programas de prevenção

Definição: Número de agulhas e seringas distribuídas por usuário de drogas injetáveis a cada ano por meio dos programas de agulhas e seringas.

O que é medido: Esse indicador mede o progresso de melhoria da cobertura de um serviço essencial de prevenção do HIV/VIH para usuários de drogas injetáveis.

Raciocínio: O uso de drogas injetáveis é a principal rota de transmissão para aproximadamente 10% das infecções do HIV/VIH no mundo todo e 30% das infecções que ocorrem fora da África Subsaariana. Evitar a transmissão do HIV/VIH por meio das drogas injetáveis é um dos principais desafios associados à redução do fardo do HIV/VIH. Programas de agulhas e seringas são apenas uma dentre nove possibilidades de intervenção do pacote abrangente de prevenção, tratamento e cuidado da OMS, UNODC e UNAIDS/ONUSIDA para usuários de drogas injetáveis. Os programas de seringas e agulhas têm um impacto muito grande na prevenção do HIV/VIH para usuários de drogas injetáveis. Além disso, existe uma gama de estudos científicos que comprovam a eficácia desses programas na prevenção da disseminação do HIV/VIH (<http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

Numerador: Número de agulhas e seringas distribuídas por meio desses programas nos últimos doze meses.

Denominador: Número de usuários de drogas injetáveis no país.

Cálculo: Numerador / Denominador.

Método de medição: Dados do programa usados para contar o número de agulhas e seringas distribuídas (numerador) / Tamanho estimado do número de usuários de drogas injetáveis no país (denominador).

Frequência de medição: A cada dois anos.

Desagrupamento: Nenhum.

Pontos fortes e fracos: São relatadas algumas dificuldades relacionadas à contagem das agulhas e seringas. Algumas seringas muito comuns são conjuntos de agulha e seringa de 1 ou 2 ml, ao passo que outras são seringas nas quais é necessário encaixar outras agulhas. Na maioria dos casos, estão disponíveis dados apenas sobre o número de seringas distribuídas por meio desses programas, não sobre a venda em farmácias. Estimar o número da população de usuários de drogas injetáveis de um país não é uma tarefa fácil. Há várias definições diferentes para usuários de drogas injetáveis na literatura da área, assim como uma gama muito ampla de estimativas. O grupo de referência das Nações Unidas para o HIV/VIH e para o uso de drogas injetáveis analisa a literatura disponível para gerar estimativas do número de usuários de drogas injetáveis. É possível usar esses números caso não haja nenhuma estimativa de tamanho. Os países podem monitorar esse indicador comparando-o aos seguintes níveis de cobertura:

- Baixo: menos de 100 seringas por usuário de drogas injetáveis por ano;
- Médio: de 100 a 200 seringas por usuário de drogas injetáveis por ano;
- Alto: mais de 200 seringas por usuário de drogas injetáveis por ano.

Esses níveis são fundamentados em estudos realizados em países desenvolvidos que estão estudando os níveis de distribuição de seringas e o impacto disso na transmissão do HIV/VIH. É importante enfatizar que os níveis necessários para a prevenção da hepatite C provavelmente serão muito mais altos que os apresentados aqui.

Informações adicionais: Há uma descrição completa desse indicador disponível em: OMS, UNODC e UNAIDS/ONUSIDA. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>). Para obter mais informações, consulte as referências a seguir:

- *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>).
- UNODC, Programa Global de Avaliação do Consumo de Drogas. *Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem*. Viena, UNODC, 2003.
- Hickman M et al. *Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application*. Bulletin on Narcotics, 2002, 54:15–32.
- *Most at risk populations sampling strategies and design tool*. Atlanta, Departamento Americano de Saúde e Serviços Humanos, Centros de Controle e Prevenção de Doenças, Equipe de Vigilância do Programa Global de Aids/SIDA, 2009 (<http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/CDC-MARPs/index.htm>).
- http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf (diretrizes de 2010 do grupo de trabalho da OMS e da UNAIDS/ONUSIDA sobre a vigilância de STI e o HIV/Aids/VIH/SIDA no mundo para estimar o tamanho das populações que mais correm o risco de contrair o HIV/VIH).
- Grupo de trabalho da OMS e da UNAIDS/ONUSIDA sobre a vigilância de DST e o HIV/Aids/VIH/SIDA no mundo. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Genebra, UNAIDS/ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

3.2.8 Percentagem das populações-chave com sífilis ativa

Definição: Proporção de populações-chave (profissionais do sexo, homens que têm parceiros sexuais do sexo masculino, pessoas transgênero e usuários de drogas injetáveis) infectados com sífilis. A proporção deve ser calculada de forma separada para cada grupo.

Numerador: Número de profissionais do sexo, homens que têm parceiros sexuais do sexo masculino e usuários de drogas injetáveis infectados com sífilis.

Denominador: Número de indivíduos do mesmo grupo que fizeram o teste de sífilis.

Desagrupado por: Sexo e idade.

Referência completa com base nos dados sobre infecção de HIV/VIH descritos em: *A Guide on Indicators for Monitoring and Reporting on the Health Sector Response to HIV/AIDS*, Fevereiro de 2012.

#1.17 DST: Percentual de profissionais do sexo com sífilis ativa; 1.17 DST: Percentual de homens que fazem sexo com homens com sífilis ativa: http://www.who.int/hiv/data/UA2012_indicator_guide_en.pdf

3.2.9 Número de usuários de drogas injetáveis que fazem terapia de substituição de opiáceos (TSO)

Definição: Número de usuários de drogas injetáveis que fazem terapia de substituição de opiáceos.

Contagem: Número de usuários de drogas injetáveis que fazem TSO.

Desagrupado por: Idade e sexo.

Referência completa: *A Guide on Indicators for Monitoring and Reporting on the Health Sector Response to HIV/AIDS*, Fevereiro de 2012, # 2.6: http://www.who.int/hiv/data/UA2012_indicator_guide_en.pdf

3.3 Outras populações vulneráveis

Outras populações vulneráveis são grupos de indivíduos que talvez estejam vulneráveis ao HIV/VIH, em comparação com os outros grupos da população, e que também apresentem menores taxas de acesso ou de uso dos serviços relevantes. Órfãos e crianças vulneráveis são exemplos desse tipo de população. A população de órfãos e crianças vulneráveis gera preocupação desde o início da epidemia. Os dados disponíveis indicam que é mais provável que os meninos tenham uma atividade econômica e que as meninas se envolvam com atividades do lar e de cuidados, inclusive a criação dos irmãos menores, quando um dos pais está vivo. A frequência escolar é uma preocupação muito grande porque as meninas que largam a escola muito cedo correm mais risco de contrair o HIV/VIH de várias formas diferentes. Os indicadores desta seção abordam as diferenças de gênero entre órfãos e crianças vulneráveis com relação à frequência escolar e ao suporte econômico.

NÍVEL 1

3.3.1 Frequência escolar de órfãos

Definição: Frequência escolar atual de crianças órfãs e não órfãs (10 a 14 anos, faixa etária do primeiro grau e faixa etária do segundo grau). O indicador é dividido em duas partes, o que possibilita fazer uma comparação entre órfãos e não órfãos:

- Parte A: Índice de frequência escolar atual para órfãos com 10 a 14 anos na faixa etária do primeiro e do segundo grau;
- Parte B: Índice de frequência escolar atual para crianças com 10 a 14 anos na faixa etária do primeiro e do segundo grau, cujos pais estão vivos e que vivem pelo menos com o pai ou com a mãe.

Numerador:

- Parte A: Número de crianças com 10-14 anos na faixa etária do primeiro e do segundo grau que perderam o pai e a mãe e vão à escola;
- Parte B: Número de crianças com 10-14 anos na faixa etária do primeiro e do segundo grau, cujos pais estão vivos e que vivem com o pai ou com a mãe.

Denominador:

- Parte A: Número de crianças que perderam os dois pais;
- Parte B: Número de crianças com o pai e a mãe vivos que moram com pelo menos um dos pais.

Desagrupado por: Sexo.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

3.3.2 Apoio econômico externo para as famílias mais carentes

Definição: Proporção de famílias mais carentes que receberam apoio econômico externo nos últimos três meses

O que é medido: Esse indicador mede o progresso na oferta de apoio econômico externo às famílias mais carentes afetadas pelo HIV/Aids/ VIH/SIDA.

Raciocínio: O apoio econômico (com foco na assistência social e na assistência dos meios de subsistência) a famílias mais carentes afetadas pelo HIV/VIH continua sendo uma das prioridades máximas de diversos programas abrangentes de tratamento e apoio. Esse indicador reflete o compromisso internacional cada vez maior com a proteção social dos indivíduos afetados pelo HIV/VIH. Ele reconhece que a família deve ser a principal unidade de análise, já que diversos serviços de tratamento e apoio são projetados para a esfera domiciliar. Acompanhar a cobertura dos serviços para as residências com órfãos e para o quinto mais carente da população continua sendo uma prioridade no desenvolvimento.

Numerador: Número de famílias mais carentes que receberam qualquer forma de apoio econômico externo nos últimos três meses. O apoio econômico externo é definido como um auxílio econômico livre (somadas de dinheiro, pagamento de mensalidades escolares, suporte financeiro para educação, geração de renda em dinheiro ou espécie, assistência alimentícia para núcleos familiares, suporte material ou financeiro para proteção) proveniente de uma fonte que não sejam amigos, familiares ou vizinhos, a menos que eles estejam trabalhando para grupos ou organizações comunitários. É bem provável que essa fonte seja o governo federal ou uma organização da sociedade civil.

Denominador: Número total das famílias mais carentes. Famílias mais carentes são definidas como as famílias que estão no quinto mais carente da sociedade. Os países devem usar exatamente a definição e o método de medição do indicador para padronizar o monitoramento do progresso e a divulgação de informações nacionais e globais. Isso possibilitará o monitoramento das mudanças ao longo do tempo, assim como a comparação de diversos países. No entanto, os países podem adicionar ou excluir outras categorias de forma local (por exemplo: outras parcelas abastadas da

população) de acordo com o que o país precisa ter para o planejamento e implementação do programa nacional.

Cálculo: Numerador / Denominador

Método de medição: Pesquisas populacionais como levantamentos demográficos e de saúde, levantamento sobre o indicador de Aids/SIDA, levantamento do conjunto de indicadores múltiplos ou outros levantamentos representativos no país.

Conclui-se uma avaliação da condição financeira da família (realizada pela análise dos bens) na etapa de interpretação dos dados por meio dos quintos de situação econômica para identificar as 20% famílias mais carentes. Contudo, como é impossível identificar as famílias mais carentes no momento da coleta dos dados, é necessário fazer perguntas sobre apoio econômico a todas as famílias. Apenas as famílias classificadas no quinto mais carente serão incluídas no indicador. Como parte do levantamento das famílias, deve-se usar uma lista das famílias para elencar todos os integrantes do lar e a idade de cada um, identificando todas as famílias que tiveram crianças menores de 18 anos e órfãos nos últimos doze meses. A partir daí, são feitas perguntas para cada uma dessas famílias sobre que tipo de apoio econômico foi recebido nos últimos três meses e qual foi a principal fonte de ajuda. Os chefes ou entrevistados da família respondem às perguntas abaixo sobre qual tipo de apoio econômico foi recebido nos últimos três meses: Sua família recebeu alguma das seguintes formas de apoio econômico externo nos últimos três meses?

- Transferência monetária (por exemplo: por meio de pensões, pensões sociais de invalidez, pensões para filhos, entre outros, tudo de acordo com o contexto de cada país);
- Assistência para mensalidades escolares;
- Apoio material para a educação (por exemplo: uniformes, livros escolares, entre outros);
- Apoio de geração de renda em dinheiro ou espécie (por exemplo: insumos agrícolas);
- Assistência alimentícia prestada no lar ou em instituições externas (por exemplo: na escola);
- Suporte material ou financeiro para abrigo ou moradia;
- Outras formas de suporte econômico (especifique).

Conclui-se uma avaliação da condição financeira da família (realizada pela análise dos bens) na etapa de interpretação dos dados por meio dos quintos de situação econômica. Dessa forma, será possível avaliar em que medida as famílias mais carentes estão recebendo apoio.

Frequência de medição: A cada 4 a 5 anos.

Desagrupamento: Recomenda-se que o indicador seja desagrupado de acordo com o tipo de apoio econômico externo para monitorar os diversos suportes oferecidos, principalmente para fazer uma diferenciação entre o acesso à assistência social gratuita na forma de transferências monetárias (que costumam ser concedidas às famílias carentes que não têm condição de trabalhar) e suporte com meios de subsistência, que costumam ser concedidos a famílias carentes que têm mais condições de trabalhar. Também é recomendado que o indicador seja desagrupado de acordo com a existência ou inexistência de órfãos na família, pois os órfãos continuam sendo um fator determinante primordial de vulnerabilidade, principalmente no que tange o acesso a serviços. Sempre que possível, os dados também devem ser desagrupados de acordo com as residências rurais e urbanas. Para os países que decidem adicionar a coleta de dados para famílias de outros grupos econômicos, além das famílias mais carentes, o indicador também pode ser comparado com outras parcelas de condição econômica para monitorar se o apoio econômico externo está alcançando a parcela mais carente em comparação com as camadas mais abastadas.

Pontos fortes e fracos: Esse indicador reflete novas comprovações sobre a necessidade de ter um foco maior nas dimensões econômicas da vulnerabilidade e no fato de que determinar o seu público-alvo com base na miséria extrema em contextos de alta prevalência garante uma boa cobertura das famílias carentes afetadas pelo HIV/VIH.³⁵ Indicadores paralelos de impacto da Aids/SIDA (como “doenças crônicas”) costumam ser associados erroneamente ao HIV/VIH, estão pouco relacionados aos resultados adversos de desenvolvimento e são de difícil definição nas entrevistas com as famílias.

Esse indicador mostra níveis variáveis de apoio econômico para as famílias mais carentes. Principalmente em contextos de alta prevalência, é provável que a maioria seja afetada pelo HIV/VIH. O indicador também demonstra mudanças na composição do apoio externo (por exemplo: dinheiro, comida e sustento) recebido por famílias carentes. O indicador não faz a medição direta do apoio econômico a indivíduos e famílias afetados pelo HIV/VIH, o que é de difícil definição durante um levantamento, mas que traz uma noção implícita de que as famílias que vivem no quinto mais carente dos contextos de alta prevalência têm uma probabilidade maior de sofrer um impacto negativo pelo HIV/Aids/VIH/SIDA e precisar de ajuda econômica. Para simplificar a mensuração ao máximo, o indicador não tenta identificar as diferentes fontes de apoio às famílias, mas isso deve ser parcialmente registrado nas Avaliações Nacionais de Gastos com a Aids/SIDA (ANGA).

A coleta de dados por meio de levantamentos populacionais, principalmente o levantamento de saúde e dados demográficos e o MICS, significa que o indicador não registra o estado das pessoas que vivem fora de núcleos familiares, como crianças de rua, crianças de instituições e populações que passaram por um deslocamento interno. É necessário fazer levantamentos separados para monitorar a cobertura de populações tão vulneráveis.

Informações adicionais: Para obter mais informações, consulte:

http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

3.3.3 Proporção de crianças menores de 15 anos que estão trabalhando

Definição: Proporção de crianças menores de 15 anos que trabalham, ou seja, crianças contratadas para desempenhar uma atividade econômica em troca de um pagamento, lucro ou ganho para a família. A atividade econômica engloba a produção de produtos e serviços em troca de dinheiro, lucro ou utilidade para a própria família. Ser contratado significa envolver-se em uma atividade econômica durante um período de referência especificado ou ficar temporariamente afastado dessa atividade.

Numerador: Número de crianças menores de 15 anos que são contratadas.

Denominador: Número total de crianças menores de 15 anos incluídas no levantamento.

Desagrupado por: Idade e sexo.

Referência completa:

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookEnglish.pdf>

³⁵ Descobertas de programas de assistência social no Maláui e na Zâmbia comprovaram como é eficiente usar os critérios de vulnerabilidade sem uma referência específica à Aids/SIDA para lidar com crianças e famílias afetadas pela Aids/SIDA. O alvo desses programas são indivíduos e grupos miseráveis que não têm nenhuma condição de trabalhar. Por meio desses critérios, os pesquisadores descobriram que foi possível abordar 80% de todas as famílias miseráveis sem nenhuma condição de trabalhar afetadas diretamente pelo HIV/Aids/VIH/SIDA.

4.1 Comportamento sexual

Ao redor do mundo, a maioria das infecções de HIV/VIH acontece por transmissão sexual. As dinâmicas de gênero criam as condições que determinam como todas as atividades sexuais acontecem e até que ponto os homens e mulheres fazem sexo com segurança. A maioria das relações heterossexuais acontece no contexto da igualdade de gênero, sendo que as dinâmicas de poder associadas a isso também afetam os relacionamentos homossexuais. Isso é aplicável tanto a relacionamentos de populações gerais quanto a grupos específicos (como profissionais do sexo ou usuários de drogas injetáveis). Além disso, é provável que o sexo entre jovens seja mais arriscado, principalmente para meninas, porque elas costumam começar a ter relações sexuais com parceiros mais velhos que já podem ter contraído o HIV/VIH. Os indicadores desta seção abordam os fatores que afetam as relações sexuais de alto risco no contexto do gênero.

NÍVEL 1

4.1.1 Sexo antes dos 15 anos

Definição: Proporção de jovens dos dois sexos com 15 a 24 anos que tiveram relações sexuais antes de completar 15 anos.

Numerador: Número de entrevistados (com 15 a 24 anos) que responderam que a primeira relação sexual aconteceu antes dos 15 anos.

Denominador: Número de todos os participantes com idade entre 15 e 24 anos.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos) e sexo.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

4.1.2 Uso de preservativo na última relação sexual entre pessoas que têm múltiplos parceiros

Definição: Percentagem de pessoas de 15 a 49 anos que tiveram mais de um parceiro sexual nos últimos doze meses e que disseram ter usado preservativo na última relação sexual.

Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 49 anos) que disseram ter tido mais de um parceiro sexual nos últimos doze meses e que também relataram ter usado preservativo na última relação sexual.

Denominador: Número de entrevistados (de 15 a 49 anos) que disseram ter tido mais de um parceiro sexual nos últimos doze meses.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 49 anos) e sexo.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

4.1.3 Sexo intergeracional entre jovens do sexo feminino

Definição: Proporção de mulheres de 15 a 24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos doze meses com um parceiro pelo menos dez anos mais velho.

Numerador: Número de entrevistadas de 15 a 24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos doze meses com um parceiro pelo menos dez anos mais velho.

Denominador: Entrevistadas de 15 a 24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos doze meses.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos) e sexo.

Referência completa: Ferramentas digitais de levantamento de saúde e dados demográficos da MEASURE: http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=122&prog_area_id=9

NÍVEL 3

4.1.4 Uso de preservativo na última relação sexual de pessoas solteiras

Definição: Percentagem de casais jovens que nunca foram casados (com 15 a 24 anos) e usaram preservativo na última relação sexual.

Numerador: Número de entrevistados que nunca foram casados (com 15 a 24 anos) e disseram ter usado preservativo na relação sexual mais recente dos últimos doze meses.

Denominador: Número de entrevistados que nunca foram casados (com 15 a 24 anos) e disseram ter mantido relações sexuais nos últimos doze meses.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos) e sexo.

Referência completa: http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=58&prog_area_id=9; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

4.2 Conhecimento sobre HIV/Aids/ VIH/SIDA

É essencial conhecer o HIV/Aids/ VIH/SIDA, mesmo que isso não seja suficiente por si só, para adotar comportamentos que reduzam o risco da transmissão do HIV/VIH. Diversas pesquisas mostram que os homens têm uma probabilidade maior de conhecer e entender o HIV/Aids/ VIH/SIDA, embora o conhecimento sobre o HIV/VIH entre jovens do sexo feminino e masculino continue sendo precário.³⁶ Os indicadores desta seção concentram-se nos diferentes níveis de conhecimento dos jovens.

NÍVEL 1

4.2.1 Jovens: conhecimento sobre a prevenção do HIV/VIH

Definição: Percentagem de jovens do sexo feminino e masculino com 15 a 24 anos que identificam corretamente as formas de evitar a transmissão sexual do HIV/VIH e que rejeitam ideias completamente erradas sobre a transmissão do vírus.

Numerador: Número de entrevistados de 15 a 24 anos que responderam às cinco perguntas da forma correta. Faça as perguntas abaixo:

1. É possível reduzir o risco da transmissão do HIV/VIH se fizermos sexo apenas com um parceiro que não está infectado e que não tem nenhum outro parceiro?
2. É possível reduzir o risco de contrair o HIV/VIH utilizando preservativo em todas as relações sexuais?
3. É possível que uma pessoa de aparência saudável tenha HIV/VIH?
4. É possível pegar o HIV/VIH por picadas de mosquito?
5. É possível pegar o HIV/VIH ao compartilhar comida com uma pessoa que está infectada?

Denominador: Número de todos os entrevistados com 15 a 24 anos.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos) e sexo.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 – Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids/VIH/SIDA da ONU, 2011 #1.1 (p. 22): http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf

³⁶ Hoang D. et al. *Knowledge and Perceptions of HIV-Infected Patients Regarding HIV Transmission and Treatment in Ho Chi Minh City, Vietnam*. *Asia Pac J Public Health*. 23 de Dezembro de 2011; Hurtado JJ et al., *Knowledge of HIV transmission and condom use among HIV-positive heterosexual men and women in Guatemala*. *J Int AIDS Soc*. 19 de Dezembro de 2011; 14:58.

4.2.2 Conhecimento de provedor formal de preservativos para os jovens

Definição: Percentagem de jovens com 15 a 24 anos que conhecem pelo menos um provedor oficial de preservativos.

Numerador: Todos os jovens com 15 a 24 anos que saibam indicar pelo menos um provedor oficial de preservativos

Denominador: Todos os entrevistados com 15 a 24 anos.

Desagrupado por: Idade (15 a 19 anos, 20 a 24 anos) e sexo.

Referência completa: OMS. Programas Nacionais de Aids/SIDA. A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programs for young people, 2004: http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=119&prog_area_id=2

NÍVEL 3

4.2.3 Informação sobre competências de vida na escola para os jovens

Definição: Número ou percentagem (se o denominador estiver disponível) de jovens com 10 a 24 anos que aprendem sobre competências de vida relacionadas ao HIV/VIH na escola.

Numerador: Número de jovens alcançados por qualquer iniciativa escolar, inclusive informações por meio de colegas, conteúdos da sala de aula, grupos pequenos e/ou trocas de informações entre duas pessoas, iniciativas de educação e comunicação, ou mensagens de mudança de comportamento que promovam mudanças no contexto escolar.

Denominador: Número de jovens que frequentam as escolas avaliadas.

Desagrupado por: Idade (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos) e sexo.

Referência completa: Indicator Registry: <http://www.indicatorregistry.org/?q=es/node/1067>

5.1 Prevalência de doenças

Em faixas etárias mais avançadas, as mudanças na prevalência do HIV/VIH demoram para refletir as mudanças no ritmo de novas infecções (incidência do HIV/VIH) porque a duração média da infecção é muito grande. Quedas na prevalência do HIV/VIH podem refletir uma saturação da infecção dentre os indivíduos mais vulneráveis e níveis crescentes de mortalidade, em vez de mudanças na incidência. Em faixas etárias mais jovens, as tendências de prevalência do HIV/VIH indicam melhor as tendências recentes de incidência e comportamentos de risco do HIV/VIH. Dessa forma, as reduções de incidências do HIV/VIH associadas às mudanças comportamentais podem ter um reflexo na prevalência entre jovens com 15 a 24 anos (ou mesmo antes, no grupo de 15 a 19 anos, caso essa faixa etária exista). As diferenças de gênero aparecerão nessa faixa etária jovem, portanto é importante monitorá-las. Os indicadores desta seção concentram-se nos jovens.

NÍVEL 1

5.1.1 Prevalência do HIV/VIH em jovens

Definição: Percentagem de jovens com 15 a 24 anos vivendo com HIV/VIH.

Numerador: Número de pacientes clínicos de pré-natal (com 15 a 24 anos) que fizeram o teste de HIV/VIH e receberam resultados positivos.

Denominador: Número de pacientes clínicos de pré-natal (com 15 a 24 anos) que fizeram o teste de infecção pelo HIV/VIH.

Desagrupado por: Nenhum aspecto.

Referência completa: Relatório de Progresso da Resposta Global à Aids/SIDA 2013 - Construção dos principais indicadores de monitoramento da Declaração Política sobre HIV/Aids /VIH/SIDA da ONU, 2011 #1.6 (p. 28): http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_en.pdf

NÍVEL 2

5.1.2 Jovens que têm uma infecção sexualmente transmissível

Definição: Proporção de jovens com IST que foram detectadas durante os testes de diagnóstico. O tipo ou os tipos de IST levados em consideração devem depender do que é relevante no local. Caso mais de um tipo de IST seja contabilizado, será necessário exibir os resultados de cada um deles de forma individual e também informar o total do conjunto.

Numerador: Número de testes diagnósticos realizados para pessoas com 15 a 24 anos que confirmaram a existência de uma IST.

Denominador: Número total de pessoas com 15 a 24 anos que fizeram testes de diagnóstico de IST.

Desagrupado por: Idade e sexo.

Referência completa: OMS. Programas Nacionais de Aids/SIDA. A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programs for young people, 2004: <http://www.indicatorregistry.org>

5.2 Saúde reprodutiva

Os serviços e as condições de saúde sexual e reprodutiva estão diretamente relacionados ao HIV/VIH. Grandes agências internacionais já reconheceram a importância de associar políticas, programas e serviços de saúde reprodutiva e de HIV/Aids/ VIH/SIDA, porque essas associações são consideradas essenciais para cumprir as metas internacionais de desenvolvimento, inclusive os ODM.³⁷ É importante avaliar as questões de saúde reprodutiva no contexto do HIV/VIH para aumentar o acesso aos métodos anticoncepcionais para clientes dos serviços de HIV/VIH que não querem iniciar uma gestação ou para garantir uma gestação e um parto saudáveis e seguros para quem deseja ter filhos. O índice de prevalência anticoncepcional é um indicador de saúde, população, desenvolvimento e fortalecimento das mulheres. Isso também serve como uma medida de representação do acesso a serviços de saúde reprodutiva essenciais para cumprir muitos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, principalmente os que estão relacionados a mortalidade infantil, saúde materna, HIV/Aids/ VIH/SIDA e igualdade de gênero. Entre as mulheres e os homens com HIV/VIH que têm uma vida sexual ativa e não querem uma gestação, os métodos anticoncepcionais têm o benefício adicional de reduzir o número de nascimentos soropositivos e, dessa forma, o número de crianças que precisam de tratamento e serviços de apoio para o HIV/VIH. Além disso, os preservativos podem evitar os índices de reinfeção e diminuir o número de gestações indesejadas. A prevenção de gestações indesejadas em mulheres soropositivas é um dos quatro pilares que constituem uma metodologia abrangente de prevenção da transmissão vertical do HIV/VIH, também conhecida como prevenção da transmissão do HIV/VIH de mãe para filho (PTMF).

Uma das principais causas do câncer de colo do útero é a transmissão sexual do papiloma vírus humano (HPV). Qualquer mulher com vida sexual ativa corre o risco de desenvolver câncer de colo do útero. A dinâmica de gênero dos resultados de saúde reprodutiva e do uso dos serviços foi muito documentada. Os indicadores desta seção são relacionados à fertilidade, aos métodos anticoncepcionais e ao câncer de colo do útero.

NÍVEL 1

5.2.1 Taxas de fertilidade de adolescentes

Definição: Taxa de fertilidade dos jovens entre 15 e 19 anos.

Cálculo: Número de nascimentos em um período específico a cada 1.000 mulheres com 15 a 19 anos durante o mesmo período.

³⁷ OMS “Strategic considerations for strengthening the linkages between Family planning and HIV policies, programs and services” http://www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/fp_hiv_strategic_considerations.pdf

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas; Banco Mundial; Plano de Ação de Saúde Reprodutiva do Banco Mundial 2010–2015; *‘Women, girls, gender equality and HIV’ A scorecard for the Eastern & Southern African region*, versão de Junho de 2011, UNAIDS/ONUSIDA: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT/countries>

5.2.2 Prevalência de uso de anticoncepcional pelas mulheres

Definição: Proporção de mulheres em idade fértil que usam (ou cujo parceiro usa) algum método anticoncepcional em um período específico.

Numerador: Número de mulheres com 15 a 49 anos que dizem usar algum tipo de método anticoncepcional moderno em um período específico.

Denominador: Número total de mulheres de 15 a 49 anos que participaram do levantamento.

Desagrupado por: Idade.

Referência completa: ODM 5.3; http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf

‘Women, girls, gender equality and HIV’ A scorecard for the Eastern & Southern African region, versão de Junho de 2011, UNAIDS/ONUSIDA; Plano de Ação de Saúde Reprodutiva do Banco Mundial: 2010–2015.

NÍVEL 2

5.2.3 Teste de câncer de colo do útero

Definição: Prevalência de mulheres entre 30 e 49 anos que fizeram o teste de câncer de colo do útero pelo menos uma vez.

Numerador: Percentagem de mulheres de 30 a 49 anos que fizeram o teste de câncer de colo do útero pelo menos uma vez.

Denominador: Número total de mulheres de 30 a 49 anos que participaram do levantamento.

Desagrupado por: Índice de riqueza e região ou área.

Referência completa: *‘Health system response indicator # 1 “A comprehensive global monitoring framework, including indicators and a set of voluntary global targets, for the prevention and control of noncommunicable diseases”*: http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper3.pdf; http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/cervical-cancer/percent-of-women-30-49-who-have-been-screened-at

NÍVEL 3

5.2.4 Prevalência de uso de anticoncepcional entre mulheres soropositivas

Definição: Proporção de mulheres soropositivas em idade fértil que estão usando (ou cujos parceiros estão usando) um método anticoncepcional em um período específico.

Numerador: Número de mulheres soropositivas com 15 a 49 anos que dizem estar usando algum tipo de método anticoncepcional moderno em um período específico.

Denominador: Número total de mulheres soropositivas com 15 a 49 anos que participaram do levantamento.

Desagrupado por: Idade.

Fonte: 'M&E toolkit. HIV, TB, Malaria and HSS+CSS' 2011, #HIV-P11

<http://www.theglobalfund.org/en/search/?q=Monitoring+and+Evaluat+on+toolkit>

Contraceptive prevalence. Indicator and measurement registry. OMS: Genebra. Disponível em:

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=5

Este capítulo estabelece áreas que devem ser consideradas no monitoramento e na avaliação da resposta ao HIV/Aids/ VIH/SIDA no contexto da igualdade de gênero. Como não existe nenhum indicador para essas áreas, será necessário promover o desenvolvimento e o teste de campo dos indicadores, assim como a identificação de domínios e métricas específicas para formular medidas úteis para garantir uma metodologia abrangente e de alta qualidade com relação à igualdade de gênero e ao HIV/VIH.

Ambiente propício

Economia dos cuidados

A maioria dos cuidados relacionados ao HIV/VIH no mundo todo é oferecida por mulheres, o que reforça as normas de gênero.³⁸ Também é fato que alguns homens sustentam crianças, parceiras, mães, irmãs e esposas soropositivas. A melhor maneira de prover cuidados de longo prazo para pessoas soropositivas que têm acesso a tratamentos ainda é muito discutida. Fica claro que as mulheres que oferecem esses cuidados também precisam de apoio. Além disso, o trabalho não remunerado dessas mulheres precisa ser levado em consideração, em vez de considerar apenas o “custo-benefício”. As mulheres que oferecem esses cuidados perdem a renda e o emprego, podendo estar sujeitas à falta de comida e a outros fardos. É essencial saber se um país promove mecanismos de proteção social, transferências monetárias, remunerações e outras compensações a essas mulheres para avaliar que tipo de apoio elas recebem para oferecer esses cuidados aos soropositivos. Há uma carência muito grande desse tipo de suporte para as mulheres mais idosas, como avós que cuidam de órfãos e crianças vulneráveis. A ajuda para a geração de renda continua sendo a necessidade mais gritante, mas também é necessário promover o suporte social e a disseminação cada vez maior de informações sobre o HIV/VIH. No caso de cuidadoras soropositivas, é essencial garantir um suporte muito maior quando elas decidem revelar que são portadoras do HIV/VIH. As remunerações também podem aliviar o fardo dessa atividade, mas é absolutamente necessário garantir que as mulheres tenham tantos postos de trabalho remunerados quanto os homens. Também é preciso garantir acesso a cuidados paliativos. Após iniciar o tratamento, os cuidados não são definidos por um único pacote de serviços já estabelecido. Também deve-se oferecer assistência para cuidados domiciliares ou comunitários.

Posse de propriedade

As leis que impedem que as mulheres tenham direito à posse de propriedade reforçam o estado de subordinação do sexo feminino.³⁹ Em países nos quais as leis habituais ou nacionais proíbem que as mulheres detenham a posse de propriedade, pode ser difícil que elas consigam negociar

³⁸ Nyangara, F., T. Thurman, P. Hutchinson e W. Obiero. 2009b. *Effects of Programs Supporting Orphans and Vulnerable Children: Key Findings, Emerging Issues, and Future Directions from Evaluations of Four Projects in Kenya and Tanzania*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation e Surkan, P., J. Mukherjee, D. Williams, E. Eustache, E. Louis, T. Jean-Paul, W. Lambert, F. Scanlan, C. Oswald e M. Fawzi. 2010. *Perceived Discrimination and Stigma toward Children Affected by HIV/AIDS and their HIV-positive Caregivers in Central Haiti*. *AIDS Care* 22 (7): 803–815 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

³⁹ Ezer, T., A. Glasford, E. Hollander, L. Poole, G. Rabenn e A. Tindall. 2007. *International Women's Human Rights Clinic Report: Divorce Reform: Rights Protections in the New Swaziland*. *Georgetown Journal of Gender and the Law* 8 (883): 889 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

a prática segura do sexo.⁴⁰ Em alguns países, as mulheres vivendo com HIV/VIH têm pouco acesso ao sistema jurídico oficial. Elas também precisam saber quais são seus direitos de acordo com a legislação que rege a posse de propriedade e o acesso igualitário ao sistema judiciário. Porém, em alguns países, as mulheres vivendo com HIV/VIH têm pouco acesso ao sistema jurídico oficial.⁴¹ É essencial promover a implementação das leis relacionadas aos direitos de posse, inclusive a proteção dos direitos jurídicos dos indivíduos soropositivos. Quando as mulheres não têm direito à posse de propriedade, seja em decorrência de morte, divórcio ou abandono, é possível que elas sejam forçadas a viver na miséria ou a morar na rua. Em casamentos polígamos, talvez apenas uma mulher tenha direito à posse de propriedade. As viúvas podem ser expulsas dos imóveis, sendo impedidas de ver os filhos e forçadas a praticar sexo para sobreviver.⁴²

Migração

A migração pode aumentar o risco de contração do HIV/VIH porque as pessoas em processo de migração podem começar a ter novos parceiros sexuais no exterior e depois voltar para casa e continuar tendo relações com o parceiro oficial que ficou em casa.⁴³ As mulheres em migração costumam ter um acesso muito precário a informações básicas sobre a transmissão do HIV/VIH.⁴⁴ As mulheres e os homens vivendo com HIV/VIH passam por restrições de acesso a alguns países, além de também terem restrições em suas próprias nações. É comum que as pessoas em migração sejam culpadas pela transmissão do HIV/VIH, o que intensifica o estigma vivenciado pelas mulheres soropositivas em migração.

Educação e HIV/VIH

Os indicadores da UNESCO já foram testados (Consulte os indicadores de HIV/VIH e educação da UNESCO publicados em 2009: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001850/185003E.pdf>).

⁴⁰ Strickland, R. 2004. *To Have and To Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Artigo do Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher (ICRW). Washington, DC: Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher; Kilonzo, N., N. Ndung'u, N. Nthamburi, C. Ajema, M. Taegtmeier, S. Theobald e R. Tolhurst. 2009b. *Sexual Violence Legislation in Sub-Saharan Africa: The Need for Strengthened Medico-Legal Linkages*. *Reproductive Health Matters* 17 (34): 10–19 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

⁴¹ Kalla, K. e J. Cohen. 2007. *Ensuring Justice for Vulnerable Communities in Kenya: A Review of AIDS-related Legal Services*. Nova York, NY, EUA: Open Society Institute. <http://www.soros.org> em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

⁴² Jürgens, R. e J. Cohen. 2007. *Human Rights and HIV/AIDS: Now More than Ever—10 Reasons Why Human Rights Should Occupy the Center of the Global AIDS Struggle*. Nova York, NY, EUA: Open Society Institute em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

⁴³ Abdool Karim, Q. e H. Humphries. 2010. *Reducing HIV Infection in Young Women in Southern Africa: The Key to Altering Epidemic Trajectories in a Generalized, Hyperendemic Setting*. Washington, DC: USAID, AIDSTAR-One em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

⁴⁴ PNUD. 2008. *HIV Vulnerability Faced by Women Migrants: From Asia to the Arab States. From Silence, Stigma and Shame to Safe Mobility with Dignity, Equity and Justice*. Colombo, Sri Lanka: PNUD. <http://www.undprcc.lk> em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

Normas, empoderamento das mulheres e direitos de gênero

Empoderamento das mulheres

É necessário promover mais participação de mulheres em processos nacionais de decisão, principalmente de mulheres soropositivas e com conhecimento em questões de gênero. As mulheres vivendo com HIV/VIH podem ser marginalizadas, mesmo nos círculos de convivência de outras pessoas soropositivas, o que faz com que não se beneficiem da maior parte dos financiamentos, treinamentos e iniciativas de impacto. Uma vez que as mulheres do mundo todo estão carregando a maior parte do fardo do HIV/VIH, sabemos que será essencial que as portadoras do HIV/VIH possam influenciar as políticas criadas para afetar essa pandemia.

Os direitos das mulheres

As plataformas de políticas e legislações são necessárias para proibir que os direitos das mulheres sejam descumpridos por seus cônjuges, familiares ou outros grupos, com um enfoque especial em viúvas e em legislações criadas para ajudar as mulheres que sobreviveram à violência doméstica.

Normas de gênero do sexo masculino

Em geral, considera-se que a divulgação voluntária de informações delicadas (principalmente com relação à condição soropositiva de indivíduos do sexo masculino) tem efeitos benéficos para a saúde da pessoa, diminuindo o estresse e gerando uma saúde psicológica melhor. No caso do HIV/Aids/VIH/SIDA, os indivíduos que divulgam sua condição ficam em uma situação melhor com relação às escolhas de reprodução e ao apoio psicológico que recebem. Diversos fatores foram associados a essa divulgação da sorologia.⁴⁵ O gênero também é um dos fatores associados à divulgação da sorologia de uma pessoa.⁴⁶ Uma pesquisa realizada na África do Sul mostrou que os homens revelam sua sorologia às parceiras com mais frequência que as mulheres.⁴⁷ Por outro lado, uma pesquisa diferente também da África do Sul revelou que o sexo masculino não é associado à divulgação do estado sorológico.⁴⁸

Violência e uso do preservativo

As mulheres vítimas de violência tem maior probabilidade de testar positivo para HIV/VIH,⁴⁹ e a violência pode aumentar o risco de contração do HIV/VIH pelas mulheres. A violência contra as mulheres também é associada à desigualdade de gênero.⁵⁰ De acordo com as pesquisas, negociar o uso da camisinha é mais fácil para profissionais do sexo com seus clientes do que para parceiros

⁴⁵ Deribe et al., 2008. *Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in southwest Ethiopia*, *BMC Public Health* 2008, 8:81 doi: 10.1186/1471-2458-8-81 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/81/>

⁴⁶ OMS. 2004. *Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers and Outcomes—A Review Paper*. Genebra. <http://www.who.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf>

⁴⁷ Skogmar S, Shakely D, Ians M, Danell J, Andersson R, Tshandu N, Ode'n A, Roberts S, Francois Venter WD: *Effect of antiretroviral treatment and counseling on disclosure of HIV-serostatus in Johannesburg, South Africa*.

⁴⁸ Olley BO, Seedat S, Stein DJ. *Self-Disclosure of HIV Serostatus in Recently Diagnosed Patients with HIV in South Africa*. *African Journal of Reproductive Health* 2004, 8:71–76.

⁴⁹ Dude, A. 2009. *Spousal Intimate Partner Violence Is Associated with HIV and other STIs among Married Rwandan Women*. *AIDS & Behavior* 15 (1): 142–152 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁵⁰ Pulerwitz, J., S. Martin, M. Mehta, T. Castillo, A. Kidanu, F. Verani e S. Tewelde. 2010a. *Promoting Gender Equity for HIV and Violence Prevention: Results from the PEPFAR Male Norms Initiative Evaluation in Ethiopia*. Washington, DC: PATH em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.

sexuais em relacionamentos estáveis ou casamentos.⁵¹ Essas pesquisas mostram que tanto as profissionais do sexo quanto as mulheres de todos os tipos de relacionamentos têm medo de negociar o uso do preservativo porque sugerir o preservativo pode desencadear atos de violência.⁵²

Violência, testes e tratamento

Além de ser um fator de risco do HIV/VIH, a violência também é identificada como uma consequência da divulgação do estado soropositivo.⁵³ Uma análise do US Institute of Medicine descobriu que a violência ou o medo de sofrer violência por parceiro íntimo constituiu um obstáculo ou é uma consequência do teste de HIV/VIH.⁵⁴ A violência também pode ser um obstáculo para a adesão ao tratamento. As pesquisas mostram que as mulheres que divulgam seu estado soropositivo estão sujeitas à violência.⁵⁵ Em vários países, é necessário melhorar as conexões entre o sistema de saúde e o sistema judiciário, principalmente para as mulheres vivendo com HIV/VIH. O acesso de mulheres soropositivas a microfinanças, renda e empregos pode possibilitar que elas saiam de relacionamentos abusivos ou violentos.

Saúde reprodutiva

Como desenvolver habilidades de negociação para o uso de itens básicos

É importante medir o sucesso da promoção e distribuição de produtos e serviços básicos para iniciativas de prevenção e mitigação do HIV/VIH que empoderam as mulheres e meninas para que possam tomar decisões sozinhas, tais como o uso de preservativos femininos, lubrificantes à base de água e outras ferramentas comprovadas que podem ser combinadas com o desenvolvimento de habilidades de negociação para o uso desses itens.

⁵¹ Raingruber, B., E. Uwazie e S. Bowie. 2010. Women's Voices: Attitudes and Behaviors of Female and Ghanaian Sex Workers regarding HIV Prevention and AIDS-related Stigma. *Issues in Mental Health Nursing* 31 (8): 514–519 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁵² Maman, S., J. Campbell, M. Sweat e A. Gielen. 2000. *The Intersections of HIV and Violence: Directions for Future Research and Interventions*. *Social Science and Medicine* 50 (4): 459–478; Zablotska, I., R. Gray, D. Serwadda, F. Nalugoda, G. Kigozi, N. Weankambo, T. Lutalo, F. Mangen e M. Wawer. 2006. *Alcohol Use Before Sex and HIV Acquisition: A Longitudinal Study in Rakai, Uganda*. *AIDS* 20: 1191–1196; Miner, S., L. Ferrer, R. Cianelli, M. Bernales e V. Cabieses. 2011. *Intimate Partner Violence and HIV Risk Behaviors among Socially Disadvantaged Chilean Women*. *Violence against Women* 17 (4): 517–531; Townsend, L., R. Jewkes, C. Mathews, L. Johnston, A. Fisher, Y. Zembe e M. Chopra. 2011. *HIV Risk Behaviours and their Relationship to Intimate Partner Violence (IPV) among Men Who Have Multiple Female Sexual Partners in Cape Town, South Africa*. *AIDS & Behavior* 15: 132–141; Andersson, N., A. Cockcroft e B. Shea. 2008. *Gender-based Violence and HIV: Relevance for HIV Prevention in Hyperendemic Countries of Southern Africa*. *AIDS* 22 (item 4): S73–S86 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁵³ Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNAIDS/ONUSIDA. 2010f. *Addressing Violence against Women and HIV/AIDS: What Works?* Genebra, Suíça: OMS e UNAIDS/ONUSIDA em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

⁵⁴ Campbell, J., Baty, M., R. Ghandour, J. Stockman, L. Francisco e J. Wagman. 2008b. *The Intersection of Violence against Women and HIV/AIDS. Background paper for IOM*. 2008. *Violence Prevention in Low-and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda*. Washington, DC: National Academies Press. <http://www.nap.edu> em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

⁵⁵ Hale, F. e M. Vazquez. 2011. *Violence against Women Living with HIV/AIDS: A Background Paper*. Washington, DC: Development Connections, ICW Global e ONU Mulheres <http://developmentcn.org/>; <http://www.salamandertrust.net/resources/VAPositiveWomenBkgrdPaperMarch2011.pdf>; <http://www.icwglobal.org> em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

Acesso e uso dos preservativos femininos

Os modelos matemáticos indicam que os preservativos femininos são eficazes (um teste de controle randomizado seria antiético). Até o momento, esse é o único método de prevenção de HIV/VIH que pode ser controlado por mulheres. As pesquisas mostram que o uso de preservativos femininos aumenta o número de relações sexuais seguras, mas que o acesso e a disponibilidade desses preservativos são limitados. É essencial ter mais acesso e formação sobre o uso desses preservativos para que as mulheres tenham mais controle da proteção do próprio corpo. É possível que alguns homens prefiram o preservativo feminino em vez do masculino.⁵⁶

Acesso a prevenção, cuidado e tratamento do HIV/VIH fora do contexto do parto (entre mulheres soropositivas)

No mundo inteiro, a maioria das mulheres faz o teste de HIV/VIH no contexto dos cuidados pré-natais, mas os serviços de saúde sexual e reprodutiva também podem servir como locais importantes de prestação dos serviços de HIV/VIH para alcançar os possíveis usuários da terapia antirretroviral.⁵⁷ É necessário explorar essas e outras opções de prevenção, cuidado e tratamento, não apenas no contexto do parto. Embora a realização de testes durante os cuidados pré-natais possa aumentar a adoção da terapia antirretroviral, caso ela seja garantida aos cidadãos ou faça parte das diretrizes nacionais, pode ser muito estressante para a mulher descobrir sua sorologia positiva durante o período de gestação. Quando o teste de sorologia do bebê for positivo, será difícil manter a confidencialidade do estado sorológico da mãe. As mulheres que recebem TARV durante a gestação e que têm direito à terapia de acordo com as diretrizes de tratamento nacional podem ter o acompanhamento interrompido durante a transição entre os serviços de saúde materna e os serviços de tratamento do HIV/VIH. Os adolescentes soropositivos não têm serviços criados especificamente para as suas necessidades, já que a maioria dos serviços é direcionada a pacientes pediátricos ou adultos.⁵⁸

Comportamento

Homens que fazem sexo com homens (HSH) e que também fazem sexo com mulheres

De acordo com as pesquisas, os homens que relatam comportamentos bissexuais e homossexuais adotam um comportamento mais arriscado que os homens envolvidos apenas em relações heterossexuais. Foi descoberto que as redes homossexuais e heterossexuais não são de exclusão mútua: elas estão conectadas por homens que adotam um comportamento bissexual. A promoção de programas de prevenção do HIV/VIH para homens homossexuais terá um impacto na epidemia observada na população heterossexual.

⁵⁶ Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

⁵⁷ Organização Mundial da Saúde (OMS). 2003a. *Entry Points to Antiretroviral Treatment*. Genebra, Suíça: OMS e Interact Worldwide, Aliança Internacional do HIV/Aids/VIH/SIDA, Aliança Global da Aids/SIDA, Population Action International, IPPF e Amigos do Fundo Mundial da África. 2008. *Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Round 8 and Beyond*. em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

⁵⁸ Birungi, H., F. Obare, A. van der Kwaak e J. Namwebya. 2011a. *Maternal Health Care Utilization among HIV-Positive Female Adolescents in Kenya*. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 37 (3): 143–149 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

Conhecimento sobre o tratamento

Compreender que o cumprimento da terapia antirretroviral pode melhorar a sobrevivência é essencial para o sucesso do tratamento. Entender que o HIV/VIH não tem cura e que ele ainda pode ser transmitido mesmo depois que alguém já estiver fazendo a terapia também é outro conceito crítico. A forma como as comunidades aprendem sobre a terapia antirretroviral e o quanto essas informações são corretas são aspectos muito importantes para a pandemia da Aids/SIDA. Como é mais provável que as mulheres sejam analfabetas em algumas sociedades, elas acabam não tendo o mesmo nível de conhecimento para entenderem o tratamento.

Autoestigma

Jain e Nyblade (2012)⁵⁹ descrevem vários tipos de estigma, inclusive o estigma previsto, o vivenciado, o secundário, o internalizado, o composto ou fracionado e o estigma visível. De acordo com as pesquisas, o estigma afeta as iniciativas de prevenção, a realização de testes, a provisão de cuidados, a qualidade dos serviços prestados a clientes soropositivos e as percepções e o tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids/VIH/SIDA pelas comunidades e famílias.⁶⁰ As mulheres enfrentam o dobro de estigma por causa do HIV/VIH e de terem uma posição social inferior aos homens.⁶¹

Populações-chave e populações sob maior risco de infecção

Uma questão crítica é a transmissão do HIV/VIH entre parceiros sexuais nas populações-chave e nas populações de alto risco, tais como profissionais do sexo, usuárias de drogas, mulheres com parceiros usuários de drogas, detentas, homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e pessoas transgênero, dentre outros. Será importante desenvolver indicadores padronizados que reflitam os direitos humanos e as plataformas legislativas das populações-chave e das populações que correm o risco de infecção pelo HIV/VIH.

- Embora as profissionais do sexo possam usar preservativos com os clientes, diversas pesquisas comprovaram que é menos provável que elas façam uso do preservativo com namorados ou maridos. Ainda assim, essas profissionais do sexo podem contrair o HIV/VIH ao praticarem sexo sem proteção com o namorado ou marido. Uma vez que as profissionais do sexo do mundo todo têm um dos índices mais altos de contração do HIV/VIH, mas têm os índices mais baixos de acesso aos serviços,⁶² compreender como e quando elas contraem o HIV/VIH é essencial para proteger a saúde delas e resolver a pandemia do HIV/VIH de maneira geral. O acesso a recursos também influenciará se as profissionais do sexo conseguirão usar os preservativos com os parceiros sexuais. Usuárias de drogas e mulheres cujos

⁵⁹ Jain, A. e L. Nyblade. 2012. *Scaling Up Policies, Interventions, and Measurement for Stigma-free HIV Prevention, Care, and Treatment Services*. Artigo (Rascunho) No. 3. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁰ Brown, L., K. MacIntyre e L. Trujillo. 2003. *Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned? AIDS Education and Prevention* 15 (1): 49–69 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶¹ Para obter mais informações sobre estigma, consulte: <http://www.stigmaactionnetwork.org>.

⁶² Baral, S., C. Beyrer, K. Muessig, T. Poteat, A. Wirtz, M. Decker, S. Sherman e D. Kerrigan. 2012a. *Burden of HIV among Female Sex Workers in Low-income and Middle-income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Lancet Infectious Diseases* 12 (7): 538–549 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.

parceiros sexuais são usuários de drogas correm um risco maior de aquisição do HIV/VIH que os homens, e elas têm menos acesso aos serviços dos quais precisam.

- As usuárias de drogas raramente conseguem negociar o uso de preservativos com os parceiros sexuais e sofrem níveis muito altos de violência,⁶³ semelhantes aos sofridos pelas profissionais do sexo.⁶⁴
- Populações carcerárias e dinâmica de gênero nas prisões: a epidemia do HIV/Aids/ VIH/ SIDA representa um grande desafio nos sistemas carcerários mundiais. Até 2008, mais de 9,8 milhões de pessoas estavam na cadeia;⁶⁵ dentre elas, mais de meio milhão são mulheres.⁶⁶ Uma análise do UNODC revelou que muito embora as mulheres representem uma parcela pequena da população carcerária do mundo todo, esses números estão crescendo mais rápido que as taxas masculinas. Inicialmente, as prisões foram projetadas para os homens, o que significa que as necessidades das mulheres e de sua saúde costumam ser negligenciadas, inclusive as iniciativas de prevenção, tratamento e cuidados para o HIV/VIH. Os programas de prevenção que reduzem a transmissão do HIV/VIH raramente estão disponíveis para detentos, e muitos presos soropositivos não conseguem acesso ao tratamento antirretroviral que pode salvar vidas. Com relação ao teste de HIV/VIH, algumas autoridades carcerárias exigem a realização do teste, o que é uma violação dos direitos humanos.
- Em vários países, as relações de HSH ainda são altamente criminalizadas e existe um risco gigantesco de contração do HIV/VIH. Há uma demanda muito grande pelos serviços do

-
- ⁶³ Abdala, N., T. Kershaw, T. Krasnoselskikh e A. Kozlov. 2011. *Contraception Use and Unplanned Pregnancies among Injection Drug-using Women in St. Petersburg, Russia*. *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care* 37: 158–164; Shapoval, A. e S. Pinkham. 2011. *Technical Report: Women and Harm Reduction in Central Asia. Quality Health Care Project in the Central Asian Republics*. Washington, DC: USAID, Abt Associates; Parry, C., T. Carney, P. Peterson, S. Dewing e R. Needle. 2009. *HIV-risk Behavior among Injecting or Non-injecting Drug Users in Cape Town, Pretoria and Durban, South Africa*. *Substance Use & Misuse* 44 (6): 886–904; Nieburg, P. e L. Carty. 2011. *HIV Prevention among Injection Drug Users in Kenya and Tanzania: New Opportunities for Progress*. Washington, DC: Centro de Estudos Estratégicos & Internacionais. <http://www.csis.org> em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.
- ⁶⁴ Tucker, J., X. Ren e F. Sapio. 2010. *Incarcerated Sex Workers and HIV Prevention in China: Social Suffering and Social Justice Countermeasures*. *Social Science & Medicine* 70 (1): 121–129; Munoz, J., A. Adedimeji e O. Alawode. 2010a. *They Bring AIDS to Us and Say We Give it to Them: Socio-structural Context of Female Sex Workers' Vulnerability to HIV Infection in Ibadan Nigeria*. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance* 7 (2): 52–61; Lafort, Y., D. Geelhoed, L. Cumba, C. Lázaro, W. Delva, S. Luchters e M. Temmerman. 2010. *Reproductive Health Services for Populations at High Risk of HIV: Performance of a Night Clinic in Tete Province, Mozambique*. *BMC Health Services Research* 10: 144; Okal, J., M. Chersich, S. Tsui, E. Sutherland, M. Temmerman e S. Luchters. 2011. *Sexual and Physical Violence against Female Sex Workers in Kenya: A Qualitative Enquiry*. *AIDS Care* 23 (5): 612–618; Go, V., A. Srikrishnan, M. Salter, S. Mehta, S. Johnson, S. Sivaram, W. Davis, S. Solomon e D. Celentano. 2010. *Factors Associated with the Perpetration of Sexual Violence among Wine-shop Patrons in Chennai, India*. *Social Science and Medicine* 71 (7): 1277–1284; Decker, M., A. Wirtz, S. Baral, A. Peryshkina, V. Mogilnyi, R. Weber, J. Stachowiak, V. Go e C. Beyrer. 2012. *Injection Drug Use, Sexual Risk, Violence and STI/HIV among Moscow Female Sex Workers*. *Sexually Transmitted Infections* 88 (4): 278–283; Gould, C. e N. Fick. 2008. *Selling Sex in Cape Town: Sex Work and Human Trafficking in a South African City*. Cidade do Cabo, África do Sul: Institute for Security Studies e SWEAT. <http://www.sweat.org.za>; Arnott, J. e A.-L. Crago. 2009. *Rights Not Rescue: A Report on Female, Male and Trans Sex Workers' Human Rights in Botswana, Namibia and South Africa*. Nova York, NY, EUA: Open Society Institute. <http://www.soros.org> em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.
- ⁶⁵ Jürgens, R., M. Nowak e M. Day. 2011. *HIV and Incarceration: Prisons and Detention*. *Journal of the International AIDS Society* 14: 26 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.
- ⁶⁶ Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). 2009. *Women's Health in Prison: Correcting Gender Inequity in Prison Health*. Copenhague, Dinamarca: OMS, Escritório Regional da Europa em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.

HIV/VIH, mas a criminalização significa que os HSH que acessam esses serviços podem ser condenados à morte ou ao cárcere.

- Pessoas transgênero correm um risco altíssimo de contração do HIV/VIH, mas poucos serviços comunitários são criados especificamente para esse público.

Cenários de emergência e ajuda humanitária

Como monitorar o acesso à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/VIH em cenários de emergência e ajuda humanitária

Contextos de conflito podem exacerbar as desigualdades, os direitos à posse e as fontes de sustento,⁶⁷ o que afeta o acesso das pessoas vivendo com HIV/VIH à terapia antirretroviral. Esses conflitos também podem impedir que a população soropositiva acesse serviços de saúde de qualquer tipo. No entanto, a terapia antirretroviral já foi promovida de maneira bastante satisfatória em contextos de conflito. As pesquisas da área trazem dados organizados por sexo.⁶⁸

Indicadores de resultado e de serviços de saúde

Qualidade de vida⁶⁹

A maior parte dos poucos dados existentes sobre a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/VIH mostra que a qualidade de vida associada à qualidade da saúde delas é pior do que a dos homens soropositivos. A compreensão das diferenças de gênero e idade (assim como a interação entre esses elementos) pode gerar informações úteis na hora de planejar intervenções que melhorem a qualidade de vida e a saúde mental das pessoas soropositivas, principalmente ao usarmos o critério do sexo.

Indicadores da qualidade dos cuidados e serviços⁷⁰

O acesso das mulheres e dos homens aos serviços de saúde está associado ao nível de qualidade desses serviços. Na área de planejamento familiar, diversos guias foram desenvolvidos para avaliar e medir a qualidade dos serviços (Bruce, 1990; Engenderhealth's COPE, entre outros). Embora alguns países já tenham desenvolvido padrões, esses padrões não foram compartilhados com todos em parte por causa das desigualdades globais existentes no acesso aos serviços de saúde e tratamento do HIV/VIH. Porém, a qualidade dos serviços pode ser crítica para a adoção e adesão aos tratamentos, assim como para a prevenção. Ainda não foi desenvolvido um padrão que represente a qualidade dos serviços e que possa ser adotado pelo mundo todo. As mulheres soropositivas sempre relatam que os serviços relacionados ao HIV/VIH são de baixa qualidade, principalmente os serviços de saúde reprodutiva para mulheres vivendo com HIV/VIH.

⁶⁷ Seckinelgin, H., J. Bigirimwami e J. Morris. 2011. *Conflict and Gender: The Implications of the Burundian Conflict on HIV/AIDS Risks*. *Conflict, Security & Development* 11 (1): 55–78 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁸ O'Brien, D., S. Venis, J. Greig, L. Shanks, T. Ellman, K. Sabapathy, L. Frigati e C. Mills. 2010. *Provision of Antiretroviral Treatment in Conflict Settings: The Experience of Medecins sans Frontieres*. *Conflict and Health* 4: 12 em Gay, J., Croce-Galis, M., Hardee, K. 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2a edição. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas da Saúde.

⁶⁹ http://icmr.nic.in/annual/2004-05/trc/social_research.pdf

⁷⁰ Consulte os Indicadores de Qualidade da Saúde da OCDE

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>

e da Agência para Qualidade e Pesquisa sobre Saúde <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>

Triagem, orientação e tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (IST)

O índice de infecções sexualmente transmissíveis é cinco vezes mais alto entre as mulheres. Apesar de várias pesquisas terem encontrado uma associação entre IST e HIV/VIH, os processos de triagem, tratamento e orientação relacionados a essas infecções não estão necessariamente associados a um risco menor de contração do HIV/VIH. Contudo, essas infecções sexualmente transmissíveis representam um fardo significativo para a saúde reprodutiva. Detectar e tratar as infecções sexualmente transmissíveis é essencial para qualquer programa de saúde pública. Dessa forma, as pessoas que frequentam clínicas de IST podem fazer o teste e tratamento do HIV/VIH. As mulheres soropositivas também precisam de orientação, triagem e tratamento para IST, porque essas infecções podem causar infertilidade e uma progressão mais rápida da doença se não forem tratadas. Para reduzir a possibilidade de reinfecção por algumas IST, os dois indivíduos do casal devem passar pelas etapas de triagem, orientação e tratamento.

Orientação para discordância sorológica

Em diversos países, uma parcela significativa da população vive em relacionamentos com discordância sorológica. É essencial que esses casais compreendam o conceito da discordância sorológica para que o parceiro com sorologia negativa possa continuar com esse estado, em vez de presumirem que os dois parceiros serão soropositivos quando um deles já contraiu o HIV/VIH. Quando os dois parceiros sabem que existe uma discordância sorológica e compreendem o conceito, eles precisam de apoio para manter o relacionamento e praticar sexo de forma segura. Se o casal quiser ter filhos, será necessário fazer uma profilaxia de pré-exposição e saber exatamente quando a mulher está no pico da fertilidade. Também será preciso abordar aspectos relacionados ao medo que as mulheres sentem de violência e abandono. Ainda não foi testado nenhum indicador para saber que tipo de orientação deve ser prestada e como avaliar a qualidade da orientação.

Sobrevida após doze meses entre pessoas vivendo com HIV/VIH

A proporção de mulheres com acesso à terapia tripla, na qual a contagem de CD4 e a carga viral serão críticas para os índices de sobrevida das mulheres soropositivas. A adesão e o suporte ao cumprimento do programa terão um impacto na sobrevida após doze meses. Além disso, as normas de gênero que impedem as mulheres de revelar seu estado soropositivo podem influenciar a sobrevida.

Proporção dos pontos de prestação do serviço de planejamento familiar com testes de HIV/VIH

As mulheres que acessam os serviços de métodos anticoncepcionais também podem correr o risco de contrair o HIV/VIH. Dessa forma, talvez seja uma boa ideia avaliar quais serviços de planejamento familiar também devem oferecer testes de HIV/VIH e averiguar se as mulheres acreditam que o acesso ao teste de HIV/VIH é mais conveniente ao frequentar serviços de planejamento familiar.

Indicadores do tráfico de pessoas

A Organização das Nações Unidas define o tráfico de pessoas como “o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de pessoas, recorrendo-se à ameaça, ao uso da força ou a outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, à situação de vulnerabilidade, à entrega ou aceitação de pagamentos ou benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre outra para fins de exploração”. O tráfico de pessoas destrói a vida, a saúde e o bem-estar de milhões de pessoas no

mundo todo. As mulheres e crianças são especialmente vulneráveis ao tráfico de pessoas e às consequências terríveis desse ato (por exemplo: por meio de violência de gênero e exploração sexual) por causa da condição de subordinação em que se encontram. As causas do tráfico incluem pobreza, discriminação de gênero, escassez sazonal de alimentos e recursos, entre outros. As mulheres, homens e crianças são vítimas do tráfico por diversos motivos, inclusive prostituição e exploração sexual, trabalho forçado, escravidão ou práticas semelhantes, servidão, ou remoção de órgãos.

As vítimas do tráfico de pessoas são extremamente vulneráveis a problemas de saúde, inclusive HIV/VIH, problemas de saúde mental, violência de gênero e outras consequências negativas decorrentes da natureza do ato. É difícil encontrar estatísticas e dados sobre a prevalência do HIV/VIH entre as vítimas do tráfico de pessoas. Em parte, isso acontece porque é difícil até mesmo estimar o número de pessoas que passaram por isso. Devido à natureza clandestina das operações, também é difícil conseguir acesso a esses grupos. O tráfico de pessoas é considerado uma área importante de medição que deve ser incluída no compêndio por causa da implicação de vulnerabilidade ao HIV/VIH e porque a desigualdade de gênero é um fator primordial da própria atividade e de como isso afeta as experiências, as vulnerabilidades e os riscos associados ao HIV/VIH aos quais as vítimas do tráfico estão expostas. Foi proposto que vários indicadores fizessem parte do compêndio. No entanto, esses itens não foram incluídos e decidiu-se que os indicadores do tráfico entrariam na categoria dos indicadores que precisam ser mais desenvolvidos. Essa decisão foi motivada por várias considerações.

- Em primeiro lugar, os indicadores disponíveis sobre o tráfico refletiam uma combinação de tráfico de pessoas e trabalho de profissionais do sexo, o que pode gerar leis e intervenções que tenham um possível impacto negativo em profissionais do sexo (que podem, por exemplo, prejudicar ou incentivar ainda mais abuso e exploração) e enfraqueçam as tentativas de acabar com o tráfico de pessoas. A Nota de Orientação da UNAIDS/ONUSIDA sobre o HIV/VIH e o trabalho dos profissionais do sexo estabelece de forma clara que o tráfico de pessoas com a finalidade de gerar exploração sexual é uma violação séria dos direitos humanos. A Nota de Orientação também declara de forma enfática e direta que o tráfico de pessoas para qualquer finalidade, inclusive para a exploração sexual, nunca deve ser confundido, de forma explícita ou implícita, com o trabalho de profissionais do sexo.
- Em segundo lugar, os indicadores sobre o tráfico de pessoas precisam refletir sobre o que são “boas práticas” ou programas eficazes de prevenção do tráfico e responder às necessidades associadas ao HIV/VIH de vítimas do tráfico. Ao mesmo tempo, eles não podem prejudicar nem violar os direitos de profissionais do sexo. No momento, as provas factíveis de “boas práticas” precisam ser identificadas e compiladas para que seja possível identificar os indicadores adequados para a mensuração do progresso.
- Em terceiro lugar, as discussões sobre os indicadores do tráfico de pessoas precisam passar por um processo avançado de desenvolvimento de consenso que faça parte de uma discussão mais ampla sobre possíveis políticas e respostas para o tráfico de pessoas, por meio do envolvimento dos atores que atuam na prevenção e na resposta ao tráfico, inclusive parceiros relevantes da ONU, grupos da sociedade civil, pesquisadores, doadores e participantes do país.

Esse compêndio caracteriza o tráfico como uma área crítica para a qual é necessário desenvolver os indicadores no futuro. Durante esse processo, também será necessário prestar atenção no tráfico de crianças, principalmente de meninas, e nas consultas com diversas partes interessadas.

Lista de participantes da Consulta Técnica sobre o Desenvolvimento de Indicadores Padronizados para Monitorar o Progresso da Igualdade de Gênero e das Dimensões das Respostas ao HIV/Aids/ VIH/SIDA, promovida de 21 a 23 de Setembro de 2011, em Nova York, nos EUA.

(Ordem alfabética pelo nome próprio – o símbolo * indica que a pessoa participou do comitê principal de planeamento).

Abby Cannon

Analista de Gênero
MEASURE Evaluation
Estados Unidos
accannon@unc.edu

Adrienne Germain

Presidente Emérita
International Women's Health Coalition
Estados Unidos
agermain@iwhc.org

Akudo Ikpeazu

Diretora, Programa de Coordenação
Agência Nacional para o Controle da Aids/SIDA
Nigéria
aikpeazu@yahoo.com

Alexandra Garita

Administradora do Programa, Políticas Internacionais
International Women's Health Coalition
Estados Unidos
agarita@iwhc.org

Alessandra Nilo*

Diretora-Executiva
GESTOS
Brasil
Alessandra.nilo@gestos.org

Anna Guthrie

Conselheira de Saúde e Aids/SIDA
Ministério do Desenvolvimento Internacional (DFID)
Reino Unido
a-guthrie@dfid.gov.uk

Avni Amin*

Administradora Técnica
Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa
Organização Mundial da Saúde (OMS)
Suíça
amina@who.int

Chiho Suzuki

Especialista em Estatística e Monitoramento
Divisão de Políticas e Práticas
Fundo nas Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
Estados Unidos
csuzuki@unicef.org

Claudia Ahumada

Administradora Técnica
Coalizão Global para Mulheres e Aids/SIDA
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids/ VIH/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA)
Suíça
ahumadac@unaids.org

Daniela Ligiero*

Conselheira Sênior de Gênero
Gabinete dos EUA/Coordenadoria Global de Aids/SIDA
Estados Unidos
ligierodp@state.gov

Dean Peacock

Co-Fundador e Diretor
Sonke Gender Justice Network
África do Sul
dean@genderjustice.org.za

Diana Prieto*

Conselheira Sênior de Gênero
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)
Estados Unidos
dprieto@usaid.gov

Ebony Johnson*

Delegada Norte-Americana
Delegada de uma ONG no CCP da UNAIDS/ONUSIDA
Estados Unidos
femme_poz@yahoo.com

Gang Zeng

Assistente de Pesquisa
Centro Nacional de Controle e Prevenção de Aids/SIDA e DST
Centro Chinês de Controle de Doenças
China
hxydzg@163.com

Ivana Bozicevic

Diretora-Executiva
Centro Colaborativo de Desenvolvimento de Habilidades de Vigilância do HIV/VIH
Organização Mundial da Saúde (OMS)
Croácia
Ivana.Bozicevic@lshtm.ac.uk

Jay Silverman

Professor de Medicina e Saúde Global
University of California, San Diego
Estados Unidos
jgsilverman@ucsd.edu

Joan Kraft

Cientista Comportamental
Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
Estados Unidos
jik4@cdc.gov

Joanna Barczyk*

Administradora Técnica, Monitoramento e Avaliação
Fundo Global de Luta Contra a Aids/SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM)
Suíça
Joanna.Barczyk@theglobalfund.org

Karolina Kvarnare

Primeira Secretária
Conselheira Geral, HIV/VIH/ Aids/SIDA
Equipe Regional de HIV/VIH/ Aids/SIDA na África
Embaixada da Suécia em Lusaka
Agência Sueca de Desenvolvimento Internacional
Zâmbia
karolina.kvarnare@foreign.ministry.se

Katherine Bourne

New York University Wagner School of Public Service e Bard College
Consultora
Estados Unidos
katebourne444@yahoo.com

Kavutha Mutuvi

Conselheira de Gênero do Comitê de Controle Nacional da Aids/SIDA
Quênia
kavutha.mutuvi@nacc.or.ke
Kavutha.mutuvi@unwomen.org

Kevin Osborne

Conselheiro Sênior de HIV/VIH
Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF)
Reino Unido
kosborne@ippf.org

Kristen Wares

Conselheira de Saúde Pública
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Saúde Global,
Gabinete Americano de HIV/Aids/ VIH/SIDA
kwares@usaid.gov

Kyeremeh Atuahene

Diretor de Pesquisa, Monitoramento e Avaliação
Comissão de Aids/SIDA de Gana
Gana
katuahene@ghanaims.gov.g

Lillian Mworeko

Coordenadora Regional
Comunidade Internacional de Mulheres Soropositivas da África Oriental
Uganda
lmworeko@icwea.org

Linda Kupfer

Conselheira Sênior
Departamento de Estado dos EUA, Gabinete da Coordenadoria do Programa Global de Luta
contra a Aids/SIDA (OGAC)
Estados Unidos
linda.kupfer@nih.gov

Lola Yuldasheva

Gestora de Monitoramento e Avaliação
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Projeto de Qua-
lidade dos Serviços de Saúde do Tajiquistão
lola.yuldasheva@gmail.com

Luisa Orza

Coordenadora do Programa
ATHENA/HEARD
Reino Unido
luisa.orza@gmail.com

Lynn Collins

Conselheira Técnica, HIV/VIH
Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)
Estados Unidos
Collins@unfpa.org

Mabel Bianco

Presidente
Fundación Para Estudio e Investigación De la Mujer (FEIM)
Argentina
mbianco@feim.org.ar

Maribel Derjani Bayeh

Especialista de Programa
Gênero e HIV/Aids/ VIH/SIDA
Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres)
Estados Unidos
maribel.derjani-bayeh@unwomen.org

Marleen van der Ree

Especialista Técnica
Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)
Estados Unidos
vanderree@unfpa.org

Mary Ellsberg

Vice-Presidente/Pesquisa e Programas
Centro Internacional de Pesquisa sobre a Mulher (ICRW)
Estados Unidos
mellsberg@icrw.org

Monica Alonso

Conselheira Regional de Vigilância do HIV/VIH
Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)
Estados Unidos
alonsomon@paho.org

Nazneen Damji*

Conselheira de Políticas, Igualdade de Gênero e HIV/Aids/ VIH/SIDA
Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres)
Estados Unidos
nazneen.damji@unwomen.org

Nchedi Maphokga-Moripe

Diretora Principal/Relações Setoriais e Internacionais
Departamento de Mulheres, Crianças e Portadores de Necessidades Especiais
África do Sul
nchedi@dwcpd.gov.za

Oldri Mukuan

Ponto de Contato Regional
Comunidade Internacional de Mulheres Soropositivas no Sudeste da Ásia (ICW)
Indonésia
alldree@yahoo.com

Olga Gvoztetska

Diretora do Programa
Rede Ucraniana Inclusiva de Pessoas Soropositivas
Ucrânia
sova@network.org.ua

Patrick Kaburi

Chefe de Monitoramento, Avaliação e Pesquisa
Comitê de Controle Nacional da Aids/SIDA
Quênia
pkaburi@yahoo.com

Per Strand

Gerente de Monitoramento e Avaliação
Star for Life (um programa escolar de prevenção do HIV/VIH)
África do Sul
pmstrand@gmail.com

Priscilla Idele

Conselheira Sênior de Estatística e Monitoramento
Divisão de Políticas e Práticas
Fundo nas Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
Estados Unidos
pidele@unicef.org

Rachel Albone

Conselheira de Políticas para HIV/Aids/ VIH/SIDA
HelpAge International
Reino Unido
ralbone@helpage.org

Renee Mckenzie

Analista
Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (CIDA)
Canadá
renee.mckenzie@acdi-cida.gc.ca

Roberta Clarke

Diretora do Programa Regional
Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres
(ONU Mulheres - Escritório do Caribe)
Barbados
Roberta.clarke@unwomen.org

Robin Gorna (facilitadora)

Diretora
Estratégias, Conscientização e Políticas da Aids/SIDA
Reino Unido
rgorna@gmail.com

Samantha Dovey

Especialista em Monitoramento e Avaliação
ICF Macro
Estados Unidos
sdovey@icfi.com

Seng SutWantha

Conselheira Técnica de Gênero e HIV/VIH
Autoridade Nacional da Aids/SIDA
Camboja
wanthas@yahoo.com

Shelah S. Bloom*

Conselheira Técnica Sênior de Gênero
MEASURE Evaluation, University of North Carolina at Chapel Hill
Estados Unidos
ssbloom@email.unc.edu

Sidonie Uwimpuhwe

Conselheira Sênior
Igualdade de gênero e HIV/VIH
Centro Biomédico de Ruanda
Instituto do HIV/VIH, Prevenção e Controle da Doença de Ruanda
Sidonie.uwimpuhwe@cns.gov.rw

Susana Fried

Líder do Núcleo: Sociedade, Gênero e ODM
Conselheira Sênior de Gênero
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
HIV/AIDS Practice
Estados Unidos
Susana.fried@undp.org

Svetlana Negroustoueva*

Associada Sênior de Monitoramento e Avaliação
ICF Macro/MEASURE Evaluation
Estados Unidos
snegroustoueva@icfi.com

Tobias Alfven*

Conselheiro Técnico de Monitoramento e Avaliação
Monitoramento e Análise de Respostas
Departamento de Provas, Estratégias e Resultados
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids/ VIH/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA)
Suíça
alfvent@unaid.org

Tonya Nyagiro

Conselheira Sênior de Políticas e Gêneros
Fundo Global de Luta Contra Aids/SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM)
Suíça
tonya.nyagiro@theglobalfund.org

Vo Hai Son

Vice-Chefe
Departamento de Vigilância, Monitoramento e Avaliação
Autoridade Vietnamita de Controle do HIV/Aids/ VIH/SIDA
Vietná
vohaison@gmail.com

MEASURE Evaluation
Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill

400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, North Carolina 27517
Phone: +1 919-445-9350 | Fax: +1 919-445-9353
Email: measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Esta pesquisa contou com o apoio do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da Aids/SIDA (PEPFAR) por meio da Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento (USAID) nos termos do acordo de cooperação GHA-A-00-08-00003-00 com a MEASURE Evaluation, implementado pelas organizações: Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill com Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health e Tulane University. As opiniões expressas neste documento não são necessariamente equivalentes às opiniões do PEPFAR, do USAID ou do governo dos EUA. MS-13-82 (fevereiro de 2014). A foto da capa foi cedida como cortesia de Arne Hoel, do Banco Mundial.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



UNAIDS

