



**GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

**RESOLUÇÃO N.º 07/2003**  
Palmas, 10 de abril de 2003.

**Dispõe sobre a distribuição de  
Preservativos Masculinos .**

O Presidente Substituto da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins, consoante com a análise, discussão e pactuação pelo Plenário da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária no dia 10 de abril de 2003.

**RESOLVE:**

Aprovar política de distribuição do Preservativo masculino na prevenção ao HIV/AIDS e DST no Tocantins, conforme anexo desta resolução.

**Petrônio Bezerra Lola**  
Presidente Substituto da  
Comissão Intergestores Bipartite

**ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS**

**POLÍTICA DE DISTRIBUIÇÃO DO PRESERVATIVO MASCULINO NA  
PREVENÇÃO AO HIV/AIDS E DST NO TOCANTINS**

**Palmas – 2003**

**Política de Distribuição do Preservativo Masculino na Prevenção ao HIV/Aids e  
DST no Tocantins**

**Palmas**

**2003**

## ÍNDICE

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>1. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>4</b>
<b>2. PRESERVATIVO E AS AÇÕES DE PREVENÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>5. ESTIMATIVAS DE NECESSIDADES PARA O PRESERVATIVO MASCULINO .....</b>	<b>8</b>
<b>6. ORIENTAÇÕES PARA A DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS ( 52 e 49 mm).....</b>	<b>12</b>
<b>7. PRESERVATIVOS FEMININOS: CRITÉRIOS E FORMAS DE ACESSO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ONG.....</b>	<b>13</b>
<b>8. NORMAS PARA O ARMAZENAMENTO ADEQUADO DE PRESERVATIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>9. CRITÉRIOS PARA LIBERAÇÃO DAS COTAS MENSIS DE PRESERVATIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXO 1 - NOTA TÉCNICA – DISTRIBUIÇÃO DO PRESERVATIVO MASCULINO PARA OS POVOS INDÍGENAS.....</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO 2 – DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL POR ESTADO POR PERCENTUAL (%) .....</b>	<b>19</b>

## Apresentação

A Coordenação Estadual de DST/AIDS elaborou o presente documento, baseado em Normas estabelecidas pela Coordenação Nacional de DST/Aids – Ministério da Saúde, onde apresenta as diretrizes e critérios que normatizam e regulamentam a implantação de uma política de disponibilização do preservativo masculino que visa garantir a continuidade, a ampliação e aprimoramento do acesso deste insumo em nível estadual.

Tendo em vista a política de descentralização e de sustentabilidade das ações de prevenção das DST/HIV/aids e a Política de Incentivo, o documento também estabelece critérios, prioridades populacionais, metodologias de distribuição e planilhas de cálculo para estimativas de necessidades que visam subsidiar a Pactuação sobre Preservativos nas CIB e assim garantir a ampliação do acesso ao insumo através do Sistema Único de Saúde (SUS) e Organizações da Sociedade Civil (OSC), fortalecendo o papel de gestor do estado e de municípios.

Anualmente, o Ministério da Saúde repassará ao Tocantins 1.152.480 milhões de preservativos masculinos, sendo que a grade de distribuição será estabelecida seguindo três critérios básicos: plano estadual pactuado de distribuição no nível da Unidade Federada, capacidade de estocagem e fluxo das informações de monitoramento da distribuição entre as três esferas ( município, estado e federal). As cotas por estado, baseadas nos planos, serão repassadas para as Secretarias Estaduais de Saúde, que deverão gerenciar o repasse aos municípios e organizações da sociedade civil. A Secretaria Estadual de Saúde, também estará responsável pelo repasse para os programas, projetos e Coordenação Estadual da FUNASA.

O plano estratégico de distribuição contemplando a situação epidemiológica, as populações prioritárias, a capilaridade da distribuição, seguindo os critérios estabelecidos.

A suplementação deverá ser pactuada entre estados e municípios e sugerimos que a mesma seja no mínimo de 10% da cota recebida anualmente do Ministério da Saúde para os estados e 10% para os municípios.

Os preservativos que serão adquiridos pelos estados e municípios deverão constar como contrapartida e não poderão ser incluídos nos recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

## 1. JUSTIFICATIVA :

A epidemia do HIV/Aids, no Brasil, nesses 20 anos mostra uma dinâmica multiepidêmica, complexa e multifatorial, cujos arranjos são determinados, sobretudo, pelas condições de vida, questões de gênero, composições étnicas e etárias das populações atingidas, seus padrões de mobilidade populacional e de comportamento sexual.

De 1983 a março/2002, foram diagnosticados 237.588 casos de aids, sendo 172.228 em homens e 63.560 em mulheres. (Dados Boletim Epidemiológico Ano XV nº 2 – março/2002).

A partir de 1993, a epidemia da Aids no Tocantins se caracterizou pelo aumento do número de casos na subcategoria de exposição heterossexual em ambos os sexos (63,29%), mas para o sexo masculino há um considerável percentual em homossexuais (20,94%).

É importante ressaltar a presença de 9% de categoria ignorada, o que indica que essa variável ainda é muito problemática em termos de preenchimento das notificações.

A faixa etária mais atingida está entre 25 e 39 anos. Devido ao longo período desde a infecção até o aparecimento dos sintomas, verifica-se que os adolescentes estão mais expostos à infecção pelo HIV.

O número de doentes de Aids notificados de 1989 até dezembro de 2002 no Estado é de 342. Observa-se que a epidemia está em crescimento e presente em todas as regiões do Estado, com predominância na região central (32,32%), seguida das regiões norte e sul com 22,89% e 12,45% respectivamente. Dos 139 municípios, em 36% temos pelo menos um caso de Aids. As maiores incidências se concentram nos municípios com menos de 10.000 habitantes, evidenciando a interiorização da epidemia.

A expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença pode ser constatada na progressiva redução da razão de sexo que é de 2:1, demonstrando a feminilização da Aids.

Uma das conseqüências diretas dessa maior participação feminina é o possível aumento da transmissão vertical e aumento de criança órfãs da Aids.

A epidemia apresenta três fases marcantes de evolução: 1) uma fase inicial, caracterizada pelo alto nível de escolaridade dos pacientes e pela incidência entre homens que fazem sexo com homem; 2) uma segunda fase, caracterizada pelo aumento dos casos devido à transmissão por uso de drogas injetáveis, com a conseqüente diminuição da faixa etária e uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual; e 3) a fase atual, com acentuada disseminação do HIV entre os heterossexuais – com um aumento significativo de casos entre as mulheres que conseqüentemente resultou em um aumento de casos de aids pediátrico. A fase

atual também se caracteriza pelo avanço da epidemia para municípios de pequeno porte (abaixo de 200 mil habitantes), e pelo aumento do percentual de casos de aids em indivíduos de menor escolaridade, indicando a pauperização da epidemia <sup>1</sup>. Vale destacar que estas fases se apresentam como tendências que podem se expressar de forma conjunta e diversa nas diferentes regiões do país e no tempo.

Tendo em vista que a categoria sexual de transmissão é a principal responsável pela maioria dos casos notificados e face a necessidade de ampliar as ações de controle e de prevenção das DST/Aids, e levando-se em conta que o principal insumo de prevenção é o preservativo masculino e quando o mesmo é usado de maneira correta e consistente, proporciona boa proteção anticoncepcional e reduz o risco de infecções sexualmente transmitidas, incluindo o HIV, bem como a evidência de uma maior aceitação do uso do preservativo com método de prevenção às DST/HIV/Aids pela população<sup>2</sup> nos últimos anos, a CE-DST/Aids busca com este documento normatizar sua política de distribuição do preservativo masculino, priorizando populações vulneráveis e ações educativas.

## 2. PRESERVATIVO E AS AÇÕES DE PREVENÇÃO

As ações na área da prevenção às DST/Aids, entendidas enquanto estratégias no enfrentamento desta epidemia, prevêm a ampliação de acesso ao preservativo e a informação qualificada para a população.

O principal instrumento desta estratégia é o processo educativo continuado. Sabemos que não possível transformar comportamentos em curto espaço de tempo. Desta forma entendemos que a educação para a saúde enquanto processo de interação e formação de sujeitos passa necessariamente pela inclusão de temas como cidadania, gênero, sexualidade, etnia, direitos humanos, entre outros, buscando a construção de valores e atitudes saudáveis que promovam o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo.

Neste sentido, no processo de educação para saúde é fundamental a divulgação de informações atualizadas e as abordagens pontuais para distribuição de preservativos e outros insumos de prevenção, como agulhas e seringas, que são apenas uma parte da estratégia que pretende lidar com temas complexos como a sexualidade e o uso de drogas injetáveis. Neste ponto reside o maior desafio: a adoção de práticas preventivas pela população, especialmente o

<sup>1</sup> Como não há, na ficha de notificação dos casos de aids, dados sobre o nível sócio- econômico, a melhor proxy para referir a pauperização da epidemia é a escolaridade.

<sup>2</sup> Foi demonstrada a aceitação crescente do preservativo pelo estudo: Comportamento Sexual da População Brasileira, 2000 (CEBRAP - Elza Berquó et al )

uso correto e consistente do preservativo. Para tanto, é necessário a implementação e consolidação de uma política de distribuição contínua de preservativos integrada às práticas de educação para saúde, considerando não só a informação/conhecimento mas os fatores sócio culturais intrínsecos a vida das pessoas e de suas relações sociais.

Deste modo, estas ações de prevenção devem ser assumidas não só pelo setor saúde, mas pelos diversos setores da sociedade, órgãos de comunicação, profissionais de saúde, ativistas dos movimentos sociais, voluntários das Organizações da Sociedade Civil, órgãos governamentais e outros.

Cabe destacar ainda, que o ato de ofertar o preservativo pode facilitar o acesso às populações alvo e ao estabelecimento de vínculos entre estas e os agentes de saúde, promovendo maior receptividade às ações de educação para a saúde.

## 2.1 METODOLOGIAS DE DISTRIBUIÇÃO

Na rede básica

É princípio do SUS que a rede básica é porta de entrada do Sistema de Saúde e que para ser resolutiva deve estar capacitada no seu nível de competência para realizar o diagnóstico de saúde local, identificando e priorizando os problemas detectados, atuando e buscando resolvê-los em parceria com a comunidade e com os demais setores institucionais. Este mesmo princípio pode ser aplicado às ações de promoção à saúde e prevenção às DST/Aids e para que sejam feitas de forma qualificada atendendo as necessidades da população e otimizando os recursos da rede recomendamos:

- Que as Unidades de Saúde identifiquem as populações mais vulneráveis da sua região promovendo e ampliando o acesso destas aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção, em especial aos preservativos.
- Que as Unidades de Saúde garantam o acesso às informações corretas e atualizadas sobre DST/HIV/Aids, orientando o uso de preservativos por meio de atividades educativas realizadas nos espaços cada serviço, seja nos momentos de atendimento individual, nas atividades em grupo, na sala de espera ou na visita domiciliar.
- Inserir nas atividades educativas temas transversais tais como: saúde reprodutiva, relações de gênero, violência sexual e doméstica, direito e cidadania, etnia, adolescência, uso de drogas, formas de transmissão das DST/HIV, sinais e sintomas de DST e uso correto do preservativo.

- Envolver a comunidade e outros equipamentos sociais locais nas ações de prevenção e acesso ao preservativo.
- Incluir o tema uso do preservativo nos trabalhos com os grupos de mulheres, grupos de mães e planejamento familiar, reforçando a possibilidade de dupla proteção ( prevenção da gravidez e das DST/HIV ).
- Promover a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o acolhimento e atendimento de profissionais do sexo, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e moradores de rua, trabalhando as questões de preconceito e estigma para propiciar o acesso destas populações ao serviço e ao preservativo.
- Que as unidades de saúde se articulem com OSC que desenvolvem projetos de prevenção potencializando as ações do projeto e do serviço junto a comunidade e incorporando ao longo do tempo as demandas criadas a partir do desenvolvimento do projeto.

### **Distribuição em eventos**

A distribuição do preservativo em eventos não pode comprometer o quantitativo destinado aos projetos e serviços de saúde, e deve ser analisada sua importância no contexto da epidemia local.

Com o objetivo de evitar o desperdício deste importante insumo de prevenção e de integrar a distribuição do preservativo à um trabalho de orientação e informação recomenda-se a entrega de “**vales preservativos**” e /ou a organização de um espaço adequado para a distribuição deste insumo de prevenção (stand, posto, mesa) onde possa ser realizada alguma ação educativa.

O Ministério da Saúde adota como política de divulgação desse insumo a sua distribuição durante o carnaval, cujo quantitativo suplementar é previsto anualmente, segundo os critérios locais de distribuição e de ações educativas enviadas à CE-DST/Aids.

Durante as ações educativas, nos eventos, poder ser usados instrumentos para coletar dados a respeito da clientela que solicita preservativos. Abaixo apresentamos um modelo que pode ser ajustado a natureza do evento:

**Ficha de Distribuição de Preservativos para o Carnaval**

SEXO		IDADE						CIDADE ONDE MORA	PRESERVATIVOS	
F	M	Até 15	15 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	+56		C/Vale	S/Vale

**A distribuição do preservativo feminino, em eventos de massa, não é recomendada, pelos mesmos motivos do masculino acrescido ao custo elevado deste insumo.**

**Em atividades dirigidas para usuários de drogas injetáveis:**

O modelo de prevenção que vem sendo realizado em redução de danos, junto a usuários de drogas e sua rede de interação social/sexual, integra a orientação individual e/ou coletiva (oficinas de sexo e injeção seguros) com a disponibilização de IEC e insumos, incluindo o preservativo masculino.

Cabe ressaltar o papel que a distribuição do preservativo tem em facilitar o acesso e criar vínculos com esta população possibilitando a abertura e mapeamento de campo para desenvolvimento do trabalho de redução de danos. As ações de redução de danos acontecem no local de uso/moradia dos usuários e muitas vezes é realizado no período noturno (incluindo a madrugada). Desta forma, o preservativo masculino é também disponibilizado para os atores que compõem o cenário do campo (usuários de drogas em geral, profissionais do sexo, porteiros e garçons de bares, "boites", etc.)

Outro aspecto importante da distribuição do preservativo masculino se dá pelo fato da maioria dos UDI no Brasil (cerca de 42% na Pesquisa AJUDE Brasil II - 2000) apresentarem soropositividade para o HIV e desta forma a orientação sobre sexo seguro toma-se imperativa para que não haja reinfecção.

**O preservativo feminino é distribuído, na maioria dos projetos de redução de danos, para as usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas.**

**Em atividades dirigidas para profissionais do sexo:**

A disponibilização do preservativo nos locais de prostituição é fundamental. Significa facilitar o acesso a uma população que é invisível aos serviços de saúde e buscar fortalecer os vínculos criados entre os agentes multiplicadores e a população alvo, propiciando maior receptividade às mensagens de prevenção e adesão aos serviços de saúde. Por outro lado, estes devem acolher esta população se constituindo como um local preferencial para a aquisição deste insumo.

Destacamos, ainda que à distribuição do preservativo deverá estar agregada a idéia de responsabilidade individual, no sentido de ser assumido também pela (o) profissional do sexo a aquisição do preservativo.

**O preservativo feminino é distribuído também prioritariamente para esta população feminina.**

#### **5. ESTIMATIVA DE NECESSIDADES DE PRESERVATIVO MASCULINO PARA PREVENÇÃO DAS DST E HIV/AIDS.**

A estimativa de preservativos necessários para prevenção das DST e aids pode variar de acordo com a meta, metodologia e indicadores utilizados. A proposta da Coordenação Nacional estima a quantidade de preservativos necessária para cobertura das relações sexuais de alto e/ou médio grau de exposição ao HIV das pessoas sexualmente ativas.

#### **Populações alvo priorizadas pela CN-DST/aids**

As populações abaixo relacionadas foram priorizadas considerando-se aspectos epidemiológicos e condições diferenciadas e especiais de vulnerabilidades existentes em cada uma delas. Estão apresentadas em ordem de importância, a qual deve ser considerada no processo de planejamento local. Este deve prever quantitativos para aquisição, condições de estocagem e de distribuição que permitam o atendimento das estimativas de necessidades dessas populações priorizadas.

1. Pessoas infectadas pelo HIV e/ou com aids.
2. Pessoas portadoras de outras DST.
3. Profissionais do sexo ( feminino e masculino)  
Usuários de drogas e usuários de drogas injetáveis – UD/ UDI  
Homens que fazem sexo com homens – HSH

## Travestis

### 4. Internos do sistema prisional e agentes penitenciários

- Meninos e meninas de rua
- Adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas (em liberdade assistida, semi-liberdade e internado)

### 5. População indígena\*

### 6. Caminhoneiro\*

### 7. Forças armadas\*\* ( recrutas do exército e conscritos do exército, marinha e aeronáutica )

\* a ordem de priorização destas populações ( indígena e caminhoneiro ) poderá ser alterada de acordo com a realidade de cada região. Há uma disponibilização acordada com a FUNASA para distribuição do preservativo masculino junto às populações indígenas ( **anexo 01**).

\*\* atualmente há uma disponibilização direta de preservativo masculino da CN para as Forças Armadas.

Para uma maior eficácia no controle da epidemia recomenda-se o atendimento desta escala de prioridades. No entanto, cada município poderá ampliar a distribuição do preservativo para outras populações, conforme a realidade epidemiológica local, inclusive estabelecendo parcerias locais e contrapartida de aquisição do insumo para cobertura destas populações ( adolescentes escolarizados, populações ribeirinhas, trabalhadores rurais, trabalhadores em empresas, homens e mulheres de baixa renda, Assentamentos rurais, etc.)

## **REDE DE DISTRIBUIÇÃO DO PRESERVATIVO MASCULINO:**

Os diferentes segmentos populacionais priorizados podem ser acessados por intermédio:

- (1) dos projetos de prevenção das DST/HIV/Aids dirigidos às populações específicas, desenvolvidos por organizações da sociedade civil e/ou organizações governamentais;
- (2) serviços que prestam assistência em HIV/Aids, clínicas de DST, Centros de Testagem e Aconselhamento, Unidades Básicas de Saúde,
- (3) casas de apoio / abrigo e centros de recuperação em sistema aberto e de internação para adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas;
- (4) serviços e/ou projetos de assistência social;
- (5) sistema prisional;
- (6) postos de atendimento para caminhoneiros do SEST /SENAT;
- (7) Fundação Nacional de Saúde – FUNASA - setor responsável pela saúde do índio;
- (8) unidades militares (fixas e confinadas).

Para garantir a disponibilização do preservativo às populações priorizadas é fundamental que os serviços de saúde se organizem e abram, de fato, suas portas para o atendimento de segmentos populacionais fortemente marginalizados e excluídos, como: usuários de drogas, profissionais do sexo, travestis e HSH. Faz-se necessário o fortalecimento desta ação tanto pelos projetos de ONG quanto pelo SUS.

### **Planilha de cálculo : metas estimadas para distribuição em segmentos populacionais priorizados**

Os quantitativos sugeridos neste item são pautados em dados gerais existentes na CE (consolidados de experiências de serviços e projetos).

Estima-se a quantidade de preservativos para distribuição gratuita, de acordo com as ações de prevenção e assistência já desenvolvidas e/ou programadas. É importante lembrar que a planilha foi elaborada de acordo com dados gerais existentes na Coordenação Estadual, enviadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, através dos Relatório Mensal de Distribuição e Controle de Estoque de Preservativos. As Coordenações Locais de DST e Aids poderão ajustar a planilha desde que baseadas em dados existentes, não superestimando sua capacidade de distribuição, de acesso e de estocagem dos preservativos.

Para subsidiar o planejamento da demanda de preservativos para o Estado e Municípios, assim como eventual necessidade de aquisição de preservativos no âmbito estadual e municipal, objetivando suplementar o repasse realizado pelo Ministério da Saúde, encontra-se anexo quadro do número de preservativos repassados para os municípios no ano de 2002, considerando a distribuição anual de 860.256 unidades.

Para o ano de 2003 está planejado o repasse pelo Ministério da Saúde de 96.040 unidades e a compra de mais 10% como suplementação por parte do Estado, de preservativos por mês, totalizando 105.644 unidades, sendo que a distribuição por Município será realizada considerando o quantitativo atual, ajustando-o às demandas identificadas no plano estadual, de acordo com as orientações deste documento. Destacamos ainda que o quantitativo para 2003 não atendera toda a demanda dos municípios, necessitando que cada município planeje e pactue as compras

suplementares de no mínimo 10% do total recebido, visando garantir o acesso deste insumo às populações mais vulneráveis às DST e HIV/Aids .

### **Pessoas infectadas pelo HIV e/ou com aids atendidas pelo Sistema Público de Saúde – (SUS)**

Cobertura: 100% da população alvo

Quantidade preservativos: 96/pessoa/ano (8/mês)

Estimativa de necessidade: Nº de pessoas em terapia ARV\* x 1,3\*\* x 96

Observação: se o dado estiver disponível, excluir pacientes de consultório particular que apenas recebem medicamento no Sistema Público de Saúde. Para estimativa do total da população, considerar o número de pessoas de 15 a 49 anos X 0,65%.

\* nº de pessoas em terapia ARV registradas no SICLOM

\*\* estimativa de pacientes com HIV que não estão em terapia ARV

### **Pessoas com DST atendidas pelo SUS**

Base cálculo: Homens com DST atendidos no SUS (estimativa de casos de DST em homens\*)

Cobertura: 100% da população da base de cálculo

Quantidade preservativos: 6/consulta X 2

Estimativa de necessidade: Nº de casos atendidos no SUS \*, 30% dos casos estimados x 6

\* 6 milhões de casos de DST em homens, por ano. 80% sintomáticos = 4,8 milhões. 30% procuram assistência médica pública ou privada = 1,44 milhão. 30% procuram o SUS = 432 mil. Estimativa ano Brasil. 432 mil x 6 preservativos X 2 consultas = 5.184.000 de preservativos. Os dados de prevalência de DST em homens e mulheres encontram-se disponíveis na Coordenação Nacional de DST a disposição de estados e municípios.

### **Pessoas atendidas pelo CTA**

Cobertura: 100% da população atendidas no CTA

Quantidade preservativos: 6/consulta

Estimativa de necessidade: Nº de usuários de CTA x 6

### **Usuários de drogas e drogas injetáveis – UD/ UDI e rede de interação sexual atendidos pelos Projetos de Redução de Danos- PRD \***

Cobertura: 100% da população acessada nos projetos de redução de danos

Quantidade preservativos: 144/pessoa/ano (12/mês)

Estimativa de necessidade: Nº de UDI atendidos pelo PRD x 2 x 144

Dados para cálculo de estimativa populacional de usuários de drogas = 1,2% da população de 18 a 45 anos.

**Levar em conta a cota de preservativo feminino distribuído as usuárias de drogas e parceiras de usuários.**

### **Profissionais do sexo atendidas por projeto específico ( Araguaína, Palmas , Pugmil, Barrolândia, Presidente Kennedy, Colinas, Dianópolis, Ananás)**

Cobertura: 100% da população atendida nos projetos específicos

Quantidade preservativos: 480/pessoa/ano (30 a 40/mês\*)

Estimativa de necessidade: Nº de profissionais do sexo atendidos pelos projetos x 480.

Levar em conta a realidade local e período do ano, e a cota de preservativo feminino.

**Homens que fazem sexo com homens - HSH, atendidos por projeto específico (Araguaína, Palmas)**

Cobertura: 100% da população alvo

Quantidade preservativos: 144/pessoa/ano (12/mês)

Estimativa de necessidade: Nº de HSH acessados pelos projetos ou serviços x 144

Dados para cálculo de estimativa populacional – HSH = 5,9% dos homens de 15 a 60 anos (população sexualmente ativa).

**Pessoas atendidas pelo sistema prisional**

Cobertura: 100% dos presidiários e 40% dos agentes penitenciários

Quantidade preservativos: 96/pessoa/ano (8/mês)

Estimativa de necessidade: (Nº de presidiários x 96) + (Nº de agentes penitenciários x 0,4 x 96)

**Adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas**

Cobertura: 100% da população alvo

Quantidade preservativos: 48/pessoa/ano (4/mês)

Estimativa de necessidade: Nº de adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas em liberdade assistida, semi-liberdade e internado x 48

**Adolescentes em situação de rua atendidos por projetos específicos**

Cobertura: 100% da população alvo

Quantidade preservativos: 96/pessoa/ano (8/mês)

Estimativa de necessidade: Nº de adolescentes em situação de rua atendidos pelos projetos específicos x 96

**Caminhoneiros atendidos por projeto específico (SEST/SENAT, Cariri, Pugmil, Colinas, Barrolândia)**

Cobertura: acerca de 700 caminhoneiros

Quantidade preservativos: 3/atendimento

Estimativa de necessidade: Nº de passagens dos caminhoneiros pelo SEST/SENAT, OSC e prefeituras x 3

**Pessoas atendidas na Rede Básica de Saúde e Unidades de Saúde cadastradas**

Base cálculo: Número de pessoas atendidas nas unidades de saúde desenvolvendo ações de prevenção para DST e Aids

Cobertura: 80% das pessoas atendidas nas unidades da base de cálculo

Quantidade preservativos: 04 a 06/número de pessoas atendidas nas unidades de saúde/ano

Estimativa de necessidade: Nº de pessoas atendidas nas unidades de saúde x 04 ou 06/mês

**\*As unidades de saúde com planejamento familiar receberão preservativos diretamente do Ministério da Saúde pelo Kit Básico do Programa de Saúde da Mulher.**

**Exército**

Repassa direto do Ministério da Saúde para as Forças Armadas

- efetivo variável do exército (recrutas): 7 milhões / ano
- conscritos do exército, marinha e aeronáutica: 1 milhão / ano

## 6. ORIENTAÇÕES PARA A DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS ( 52 e 49 mm)

Objetivando garantir uma distribuição adequada e criteriosa do preservativo masculino cabe-nos enfatizar a importância de serem elaborados planos municipais de distribuição de preservativos. Para tanto, primeiramente se faz necessário avaliar a atual distribuição no município, se está atendendo as populações prioritizadas para o controle da epidemia, quais são os pontos críticos e as possibilidades de aprimoramento da sistemática de distribuição. Em seguida identificar os serviços, programas e projetos e outras formas existentes no município; estimar o quantitativo necessário por população prioritizada, tendo como referência os cálculos e as metas sugeridas neste documento.

Durante este planejamento é necessário avaliar a capacidade logística de armazenamento e distribuição dos preservativos das várias instâncias envolvidas no processo, visando um fluxo apropriado e garantindo a manutenção da qualidade do insumo. Ressaltamos ainda a importância do monitoramento deste processo pelo estado e/ou município, avaliando e adequando os quantitativos de preservativos demandados pelas instituições parceiras/dispensadoras, garantindo a cobertura das populações prioritizadas e das práticas educativas pertinentes à população atendida, que realizam ações de prevenção às DST/Aids incorporadas na rotina. A ampliação do acesso ao preservativo no SUS, dar-se-á pela identificação dos serviços de saúde, garantindo metodologias de distribuição deste insumo com práticas educativas.

A distribuição do preservativo deve estar sempre acompanhada de informações claras e precisas sobre as vias de transmissão do HIV e outras DST, bem como as formas de prevenção e o uso correto do preservativo. O quantitativo de preservativo sugerido por pessoa pode ser ajustado, de acordo com as demandas individuais e capacidade local de distribuição. Tendo em vista que os preservativos masculinos distribuídos pela CN e comprados pelo Estado, apresentam-se em duas larguras nominais de 49mm e 52mm, é importante que essas especificidades sejam consideradas durante o processo de planejamento e elaboração da estimativa de necessidade para as populações prioritizadas.

Lembramos que ter o preservativo de 49 mm para distribuição possibilita ao agente de saúde lançar mão de uma alternativa a mais para atender a população masculina que busca este insumo. É importante frisar que este preservativo **não** se destina apenas à população adolescente e podem existir situações em que o adolescente faça uso do preservativo de 52 mm.

## 7. PRESERVATIVOS FEMININOS: CRITÉRIOS E FORMAS DE ACESSO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ONG

O Ministério da Saúde adquiriu 2 milhões de preservativos femininos, nos anos de 2000 e 2001, para as mulheres brasileiras. O custo elevado do preservativo feminino impossibilitou e ainda impossibilita um investimento nas mesmas proporções do masculino. Entretanto, esta iniciativa é de suma importância, pois vem ao encontro da necessidade de ampliar os insumos de prevenção para as mulheres, na medida que há claramente uma feminização da epidemia de aids no País.

A pesquisa realizada pelo NEPO/UNICAMP, CEBRAP, UNAIDS e CN-DST/Aids, em 1999, demonstrou que as mulheres estão buscando formas de prevenção e cuidado no âmbito de sua autonomia, uma vez que uma das maiores dificuldades que têm enfrentado é a negociação com seus parceiros para o uso da camisinha masculina. A principal vantagem apontada pelas mulheres que participaram da pesquisa foi a prevenção das DST.

Face ao limitado número de preservativos femininos foi necessário estabelecer critérios de vulnerabilidade e situação de risco que as mulheres se encontram e a partir daí definir sua distribuição. Deste modo, priorizou-se as seguintes populações femininas: **profissionais do sexo** – que estão em relações desiguais de poder e onde o sexo desprotegido alcança um valor mais alto no mercado sexual e sofrem uma maior exposição ao risco pelo exercício do seu trabalho; **mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual** – onde a epidemia está associada à ausência de relações sexuais seguras, em que pese que não sejam acontecimentos sobrepostos, pode se inferir uma interface, pelo menos de uma mútua nutrição entre um fenômeno e outro; **mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos**- pela clara necessidade de essas mulheres precisam se proteger de uma reinfecção tanto quanto proteger seus parceiros e se protegerem quando casais discordantes ou concordantes; **mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis** – sabemos que as drogas tornam as pessoas mais vulneráveis a situações de risco, inclusive ao cuidado com a própria saúde e de seus parceiros; **mulheres com DST e mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção a saúde da mulher** – que perceberam-se em risco a partir de adquirirem uma DST e têm dificuldade de negociar o uso do preservativo masculino com seus parceiros.

Esses critérios não são isolados, também levou-se em conta o fato de que a distribuição do preservativo feminino deverá ocorrer com intervenções educativas e acompanhamento que possibilite um monitoramento capaz de instrumentalizar próximas aquisições e fortalecer a criação de uma rede de distribuição. Contribuem para esses critérios a representação geográfica e epidemiológica da aids no Brasil, a rede de distribuição a ser utilizada, ONG e serviços de saúde bem estruturados, que realizam ações educativas para prevenção e que possam integrar atenção à saúde da mulher e às DST/Aids.

Vale destacar que o preservativo feminino é distribuído também com o masculino, fortalecendo a idéia de co-responsabilidade no cuidado a saúde sexual e reprodutiva por parte de homens e mulheres.

Os municípios podem ampliar seu trabalho para outras populações femininas que apresentam também critérios de vulnerabilidade e risco acrescido como presidiárias, trabalhadoras rurais e índias, levando-se em conta a realidade local. Todas as instituições envolvidas e os profissionais responsáveis em desenvolver este trabalho passam por uma capacitação/treinamento. A ampliação, consolidação e monitoramento dessa sistemática de distribuição do preservativo feminino é de responsabilidade da Coordenação Nacional e Coordenações Estaduais de DST/Aids.

## **8. NORMAS PARA O ARMAZENAMENTO ADEQUADO DE PRESERVATIVOS**

Com vista a garantir o armazenamento apropriado dos preservativos para a manutenção da qualidade e durabilidade prevista do preservativo, é preciso assegurar as seguintes normas de manuseio e estocagem do produto.

- Limpar o almoxarifado com regularidade.
- Armazenar os preservativos em locais secos, iluminados, ventilados, protegidos da luz solar direta, calor, umidade e danos mecânicos (temperatura de estocagem até 28°C, no máximo 30° C).
- Assegurar a disponibilidade e acessibilidade de equipamentos para incêndios.
- Armazenar as caixas de preservativos a uma distância prudente de motores elétricos e lâmpadas fluorescentes.
- Empilhar as caixas de preservativos a uma distância de pelo menos 10 centímetros do piso e 30 centímetros da parede e outra pilhas, e no máximo 2,5 metros de altura.
- Ordenar as caixas de modo que as etiquetas de identificação, data de fabricação/prazo de validade estejam visíveis.

- Armazenar os preservativos de modo a facilitar o funcionamento do sistema “primeiros a expirar, primeiros a fornecer”- ou seja, saídas por ordem de vencimento. Se possível, separar os preservativos por lote.
- Armazenar os preservativos em lugares diferentes de inseticidas, produtos químicos, arquivos antigos, materiais de oficina e outros materiais.
- Remover as caixas internas das caixas de transporte somente para a distribuição do produto. A caixa externa ajuda a proteger os preservativos.
- Separar do estoque os preservativos danificados ou com prazo de validade expirado.

#### 9. CRITÉRIOS PARA LIBERAÇÃO DAS COTAS MENSAIS DE PRESERVATIVOS:

- Envio Mensal , até o 5º dia útil do mês subsequente do Relatório Mensal de Distribuição e Controle de Estoque de Preservativos – Masculino , devidamente preenchido e deverá ser encaminhado à Gerencia técnica de DST/Aids;
- Instrumento de Acompanhamento da Distribuição do Preservativo Feminino, devidamente preenchido e deverá ser encaminhado à Gerencia técnica de DST/Aids).
- Ter em dia as notificações das DST , que deverão seguir o fluxo normal do RNIS.

#### 10. CRITÉRIOS PARA LIBERAÇÃO DE COTAS EXTRAS ( Campanhas Oficiais) DE PRESERVATIVOS:

**Só serão liberados cotas extras de preservativos masculinos, para Campanhas Oficiais do Ministério da Saúde e/ou Estado – Carnaval, Praia e 1º de Dezembro ;**

- Envio antecipado de Programação com Atividades de Prevenção às DST/HIV/Aids;
- Envio de Relatório de Distribuição dos preservativos, realizado durante os eventos.

**Preservativos Femininos não serão liberados para distribuição em Campanhas e Eventos**

## ANEXO 1

### **NOTA TÉCNICA – DISTRIBUIÇÃO DO PRESERVATIVO MASCULINO PARA OS POVOS INDÍGENAS**

A Secretaria de Políticas de Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/HIV/Aids, e a Fundação Nacional de Saúde (FNS), por intermédio do Departamento de Saúde Indígena, em conformidade com o que estabelece o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde Indígena, que reconhece a necessidade de uma atenção diferenciada para os povos indígenas, acordam entre si os seguintes critérios quanto aos parâmetros de cobertura para distribuição de preservativos, fluxo e logística:

- 1 – A base de cálculo utilizada levou em conta 03 preservativos por semana para a população masculina sexualmente ativa, na faixa etária entre 12 a 60 anos, dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), conforme anexo 1 desta nota técnica;
- 2 – Cobertura diferenciada para alguns DSEI, onde se evidenciam altas taxas de incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), casos de aids notificados e existência de arranjos sexuais com mais de um parceiro. A base de cálculo será definida em conjunto com as Coordenações estaduais de DST/HIV/Aids e as Coordenações Regionais da FUNASA;
- 3 – O fluxo seguirá a rotina que vem sendo adotada para a população em geral, seguido de repasse das Coordenações estaduais de DST/Aids para as Coordenações Estaduais da FUNASA e desta para os distritos sanitários especiais indígenas e unidades pólos, conforme fluxo abaixo:
- 4 – O acompanhamento, monitoramento e avaliação serão compartilhados entre a Coordenação Nacional, Coordenações Estaduais de DST/HIV/Aids e FUNASA, mediante instrumentos previamente discutidos e acordados;
- 5 - Avaliação de impacto demográfico sobre a saúde reprodutiva dos povos indígenas deverá ser realizada e monitorada para aqueles segmentos da população indígena que apresentem processo de população; \_\_\_\_\_