

Ministério da Saúde do Brasil  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Programa Nacional de DST e Aids

**Metas e Compromissos Assumidos pelos  
Estados-Membros na Sessão Especial da  
Assembléia Geral das Nações Unidas em  
HIV/Aids**

**UNGASS – HIV/Aids**

**Resposta Brasileira  
2005/2007  
Relatório de Progresso do País**

Programa Nacional de DST e Aids

Brasil, fevereiro 2008

# UNGASS – Resposta Brasileira 2005-2007

## Relatório de Progresso do País

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C

CEP: 70.750-000, Brasília – DF

*E-mail:* [aids@aids.gov.br](mailto:aids@aids.gov.br) / [edicao@aids.gov.br](mailto:edicao@aids.gov.br)

*Home page:* <http://www.aids.gov.br>

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

### Ficha Técnica do Relatório de Progresso do Brasil:

#### Coordenação Geral:

Mariângela Simão e Eduardo Barbosa

#### Organização:

Jacqueline Rocha Côrtes

#### Equipe de levantamento e análise de dados e/ou revisão de textos do Programa Nacional de DST e Aids:

Adailton Silva; Ana Paula Prado; Ana Roberta Pati Pascom; Ângela Donini; Ângela Pires Pinto; Artur Iuri Alves De Sousa; Carlos Passarelli; Carmem de Barros Correa Dhalia; Cláudia Ribeiro; Cledy Eliana dos Santos; Cristina Possas; Cristine Ferreira; Denis Ribeiro; Dulce Aurélia; Eduardo Barbosa; Eduardo Campos; Ellen Zita; Erika Luiza Fazito; Francisca De Fatima Lucena; Gerson Fernando Mendes Pereira; Ivana Drummond Cordeiro; Ivo Brito; Jacqueline Rocha Côrtes; Karen Bruck; Karim Midori Sakita; Leidijany Costa Paz; Marcelo Araújo de Freitas; Mariângela Simão; Maria Fernanda Sardella Alvim Hilton; Mauritània Pereira; Orival Silveira; Rogério Scapini; Rosangela Maria M. Ribeiro; Rubens Duda; Ruy Burgos; Sara Alves; Sérgio D'Ávila; Tatianna Meireles Dantas de Alencar

#### Pesquisadores convidados:

Alexandre Grangeiro - USP; Francisco Inácio Bastos - FIOCRUZ; Maria Cristina Pimenta - ABIA; Ximena Pamela Dias Bermudez - UnB

#### Colaboradores:

Maria Mercedes Escuder; Rosa Alencar; Flávia Komatsuzaki; Melanie Bertoni

#### Participantes e debatedores da Reunião Preparatória e/ou Seminário UNGASS – Resposta Brasileira:

Allana Armitage; Alessandra Nilo; Alexandre Grangeiro; Américo Nunes Neto; Ana Roberta Pati Pascom; Angela Pires; Antonio Ernandes M. da Mota; Carlos Eduardo Letti; Cintia Freitas; Claudia Herlt; Cláudia Ribeiro da Silva; Cristine Ferreira; Daniela Ligiéro; Dario Almeida Noleto; Diego Victoria; Eduardo Barbosa; Fábio O' Brien; Francisco Rodrigues dos Santos; Giovanni Quaglia; Glória Bricénio; Gustav Liliequist; Henriette Ahrens; Ivana Drummond Cordeiro; Jacqueline Rocha Côrtes; Jair Brandão de Moura Filho; José Carlos Veloso; Karen Bruck; Karim Sakita; Karin Costa Vasquez; Maria Cristina Pimenta; Maria de Fátima Simas Malheiro; Maria Fernanda Sardella Alvim Hilton; Maria Rebeca Otero Gomes; Mariana Braga; Mariângela Rebuá; Mariangela Simão; Mauro Teixeira; Melanie Gill; Mirtha Sendic Sudbrack; Moyses L. Toniolo de Souza; Naiara Costa; Paulo Egon; Paulo Roberto Giacomini; Pedro Chequer; Rubens Duda; Ruy Burgos Filho; Sérgio Gaudêncio; Solange Moraes; Thiago de Mello; Vera Lopes; Wendel Alencar Oliveira; Ximena Pamela A. Bermudez

#### Ficha técnica do relatório da Sociedade Civil sobre Monitoramento das Metas UNGASS em Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.

#### Organização:

GESTOS/PE (Alessandra Nilo); GAPA/SP (José Carlos Veloso)

#### Responsáveis pela coleta de dados e entrevistas:

Cláudio Galvez; Lia Fernanda; Patrícia Werlang; Jair Brandão; José Carlos Veloso; Wilza Villela

## Sumário

1. Apresentação .....	07
2. Introdução .....	09
3. Áreas Temáticas .....	20
3.1 Governança .....	20
3.1.1 Gestão Participativa – uma autoridade nacional inclusiva .....	20
3.1.2 Gestão de Recursos .....	23
3.1.3 Redução do Impacto Social e Econômico da Aids .....	26
3.1.4 Pesquisa e Desenvolvimento .....	31
3.2 Prevenção e Redução das Vulnerabilidades .....	42
3.3 Direitos Humanos .....	51
3.4 Monitoramento e Avaliação .....	54
3.5 Cuidado, Apoio e Tratamento .....	59
3.6 Cooperação Internacional .....	89
4. Anexos .....	91
A Indicadores e resultados .....	93
B Índice Composto de Política Nacional – ICPN .....	118
C Tabela de Gastos .....	166
D Relatório da análise da Sociedade Civil sobre Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil .....	171
5. Referências Bibliográficas .....	191



MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL  
PROGRAMA NACIONAL DE DST HIV E AIDS

**UNGASS: Resposta Brasileira à Epidemia de  
Aids  
2005 – 2007**

*“É preciso deter uma epidemia que atinge a todos nós,  
pois seu impacto não se resume à dimensão biológica:  
vai além, ao colocar-nos frente a frente com questões sociais e  
comportamentais,  
como o preconceito, o estigma e o abandono”.*

*José Gomes Temporão*  
Ministro de Saúde



## 1. APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta a resposta brasileira à luz dos compromissos e metas estabelecidas no âmbito das Nações Unidas para 2007, ao passo que aponta desafios no cumprimento dos compromissos e metas para 2010. Em 2001, refletindo o consenso global visando à desaceleração da epidemia de HIV e aids, 189 países, incluindo o Brasil, adotaram a Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids, acordada durante a UNGASS - 26ª Sessão Extraordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas em HIV e Aids. Para o monitoramento de progresso da Declaração de Compromisso, acordou-se entre os países signatários a construção de um conjunto de indicadores de nível nacional e supranacional (UNAIDS, 2002).

Os dados documentados nesse processo levaram em consideração a descrição e análise da situação atual da epidemia de HIV/aids no Brasil, focalizando os resultados alcançados pelas áreas definidas na Declaração de Compromissos da UNGASS. Incluem-se elementos do contexto nacional, regional e, quando pertinente, também aspectos da contribuição brasileira ao cenário internacional da luta contra a epidemia. Os dados abrangem uma análise histórica de 2001 a 2006/7, quando possível, tendo como foco o período de 2005-2007. As fontes de informação utilizadas foram provenientes dos sistemas de informações e pesquisas de abrangência nacional, informações providas de entrevistas com atores-chave e revisão bibliográfica.

Os 25 indicadores UNGASS que compõem a Declaração da UNGASS estão classificados em três categorias distintas:

- Indicadores de compromisso e ação nacionais (indicadores 1 ao 11).
- Indicadores de conhecimento e comportamento (indicadores 12 ao 21).
- Indicadores de impacto (indicadores 22 a 25).

A caracterização dos indicadores foi sistematizada da seguinte forma:

- Número e descrição do indicador
- Objetivo do indicador
- Resultados do indicador
- Comentários adicionais (quando pertinente)
- Fontes

Esses indicadores estão relacionados no anexo I deste documento.

A área temática liderança, intitulada como governança neste documento, é avaliada por meio do indicador número 02 - *Índice Composto de Política Nacional -ICPN*.

Este documento é produto de um esforço nacional de articulação de setores de diversas áreas do governo, da sociedade civil, de universidades e de organismos internacionais. O processo envolveu dois momentos coletivos de consulta com esses atores. O primeiro constituiu-se da apresentação da proposta metodológica para o processo de avaliação e a identificação de estratégias de produção e análise dos dados. A segunda fase consistiu na discussão das informações levantadas num seminário com os diversos atores sociais que participam da resposta nacional à epidemia. Nessas duas oportunidades houve intensas discussões e apontaram-se os avanços e os desafios que as metas da Declaração da UNGASS definem para o contexto da epidemia de HIV/aids no Brasil.



## 2. INTRODUÇÃO

A resposta brasileira à aids é uma resposta integrada, que busca harmonizar aspectos da promoção da saúde, prevenção e assistência para o combate à epidemia, tendo os direitos humanos como pilar.

Essa política insere-se no marco das diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde e ao longo destas duas décadas de epidemia suas ações programáticas mostram-se sustentáveis e renovadas de acordo com a dinâmica epidemiológica e social da aids, inovando e ampliando ações orientadas a dar atenção integral e universal às pessoas afetadas pela epidemia.

O Sistema Único de Saúde – SUS, instaurado em 1988, envolvendo o nível federal, estadual e municipal é orientado pelos princípios da universalização, integralidade, equidade, descentralização e **controle social** (*termo usado no Brasil que define o controle do poder público exercido pela sociedade civil por meio da participação oficial na definição de políticas públicas de saúde, metas, objetivos e planejamento de ações*).

Dados do Ministério da Saúde informam que o SUS abriga uma estrutura de saúde composta por uma rede de 63 mil unidades ambulatoriais, 6 mil unidades hospitalares e 440 mil leitos. Anualmente o SUS produz 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. É esse complexo sistema que dá cobertura às diretrizes do Programa Nacional de DST e Aids, órgão do Ministério da Saúde, responsável pela implementação da política de enfrentamento à epidemia do HIV/aids e de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

A política brasileira de HIV/aids demonstra, dentro do País, grande capacidade de articulação com amplos setores do governo, da sociedade civil organizada, das universidades, da iniciativa privada que se estende ao âmbito internacional e às diversas formas de cooperação, ampliando a visibilidade e capilaridade interna e externa de suas ações e incorporando novas formas de combate à epidemia.

O Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, representa a autoridade nacional no enfrentamento da epidemia. Tem como principal missão a redução da incidência do HIV/aids, o controle das outras DST e a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Organiza-se em um marco referencial orientado pelas seguintes diretrizes:

1. Promover o acesso universal a insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/aids.

2. Fortalecer, implementar e ampliar as ações de DST, HIV e aids na rede SUS, de forma integral e equânime.
3. Promover a defesa dos direitos humanos e reduzir o estigma e a discriminação às PVHA e populações vulneráveis.
4. Fortalecer a governança da resposta às DST e ao HIV/aids nas três esferas de governo.

Essas diretrizes foram traduzidas nas seguintes prioridades:

1. Ampliação da cobertura e promoção do acesso universal e gratuito:
  - Aos insumos de prevenção para a população em geral e populações sob maior risco e vulnerabilidade.
  - Ao diagnóstico do HIV e da sífilis para a população em geral, gestantes e as populações sob maior risco e vulnerabilidade.
  - Aos serviços de saúde de qualidade as PVHA (adultos, adolescentes e crianças).
  - Ao tratamento com ARV para infecções oportunistas e DST.
  - À informação e às ações educativas sobre DST e HIV/aids para a população em geral e populações vulneráveis.
  - Às ações educativas para crianças e adolescentes nas escolas.
2. Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, com vistas à eliminação da sífilis congênita.
3. Promoção da qualidade de vida e inclusão social das PVHA, na perspectiva da prevenção positiva, com enfoque na implementação de ações em prevenção, tratamento e direitos humanos.
4. Redução das iniquidades regionais, territoriais e de contexto de pobreza no que concerne às respostas as DST e HIV/aids, promovendo novos arranjos institucionais e políticos.
5. Promoção da equidade racial, étnica, de gênero e de orientação sexual no acesso a informação, prevenção, diagnóstico e tratamento das DST e HIV/aids.
6. Promoção dos direitos humanos de populações vulneráveis e combate a homofobia e outras formas de discriminação por orientação sexual e de gênero.
7. Ampliação da capacidade nacional para a produção de medicamentos ARV, insumos de prevenção e laboratoriais.
8. Promoção da cooperação entre os atores e instituições governamentais e não governamentais, visando à sustentabilidade das ações da sociedade civil.
9. Fortalecimento da gestão e qualidade dos processos que estruturam a governança para o enfrentamento das DST e HIV/aids, com ênfase na transparência, controle social, responsabilidade na gestão e no investimento em saúde.
10. Aprimoramento e ampliação da vigilância em saúde no âmbito das ações do Programa de DST e Aids.

## A Epidemia Hoje

Passadas quase três décadas da identificação dos primeiros casos de aids no Brasil, estudos mostram que a taxa de prevalência do HIV manteve-se no mesmo patamar no período de 2000 a 2004. No último ano estudado, a taxa de prevalência foi de 0,61% na população geral, oriunda da média entre a prevalência feminina, de 0,42% (extrapolada da prevalência entre parturientes, Tabela 1), e a masculina, de 0,80% (extrapolada da prevalência entre conscritos do exército). Estima-se que 600 mil pessoas, de 15 a 49 anos de idade, viviam com HIV/aids no País. A região que mostrou a menor taxa foi a Norte, seguida da Nordeste, enquanto as maiores taxas foram encontradas nas regiões Sudeste e Sul. Entre jovens do sexo masculino de 17 a 21 anos, em 2002, a taxa de prevalência de HIV foi de 0,08%. Nas mulheres jovens de 15 a 24 anos, em 2004, foi de 0,28%.

Em subgrupos mais vulneráveis como em homens que fazem sexo com outros homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis a taxa de prevalência do HIV está acima de 5%, mantendo o país entre aqueles com epidemia concentrada segundo critérios da Organização Mundial de Saúde.

As taxas médias de incidência, segundo macrorregião, podem ser analisadas na Tabela 2. Observa-se que as maiores taxas são apresentadas pelas regiões Sul e Sudeste desde o início do período, mas mostram diminuição nos últimos anos. Esse cenário não se reproduz nas outras três macrorregiões brasileiras.

Com relação às taxas médias de incidência segundo sexo e faixas etárias, observam-se tanto para o sexo masculino quanto para o feminino que as maiores taxas estão nas faixas etárias de adulto jovem (20 a 49 anos) em todas as regiões do Brasil. Além disso, evidencia-se um crescimento na faixa etária dos 50 a 59 anos, entre 1994 e 2005 (Tabelas 3 a 8).

No Brasil, observa-se diminuição nos coeficientes médios de incidência no sexo masculino nas faixas etárias de 13 até 39 anos e essa se deve, principalmente, à região Sudeste. No sexo feminino, porém, observa-se crescimento em todas as faixas etárias no período analisado. A razão entre os casos masculinos e femininos segue diminuindo, ficando em 15 casos masculinos para 10 femininos. (Tabelas 3 a 8).

Com relação à categoria de exposição de casos de aids em adultos (maiores de 13 anos), no sexo masculino, observa-se tendência ao crescimento proporcional da subcategoria de exposição heterossexual, estabilização entre homo/bissexuais e redução entre os UDI. No sexo feminino há maior transmissão entre heterossexuais (Tabela 9).

O segmento composto por Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) foi o mais severamente afetado no início da epidemia. Em 2004, enquanto a incidência de aids na população de HSH foi de 226,5 por 100.000 HSH, na população geral foi de 19,5 casos de aids por 100.000 hab; ou seja, a incidência nesse grupo populacional é 11 vezes maior quando comparado à população geral. Essa taxa varia de 133 por 100.000 HSH na região Nordeste a 475 por 100.000 HSH no Centro-Oeste. Os dados mostram, de 1980 a junho de 2007, que dos 85.444 homens que fazem sexo com homens diagnosticados com aids, cerca de 35% estão incluídos na subcategoria de exposição bissexual.

A Tabela 9 apresenta proporção dos casos de aids segundo categoria de exposição no período de 1994 a 2004. O incremento proporcional dos casos de aids em homens, em decorrência da transmissão heterossexual, é expressivo em todas as regiões brasileiras. Os casos por transmissão sanguínea diminuíram significativamente em todas as regiões tanto no sexo masculino como no feminino no decorrer da série histórica.

Observa-se o declínio do número de casos de aids por transmissão vertical no País (Tabela 10). Entretanto, é importante destacar que nas regiões Norte e Nordeste ocorre crescimento no número de casos entre o primeiro e o segundo período analisado. O Estudo Sentinela Parturiente de 2004 mostrou que a cobertura de testagem para o HIV na gestação, considerando-se todas as etapas anteriores ao parto, foi estimada em 63%. As enormes desigualdades regionais ficam evidenciadas na comparação das regiões Norte (35%) e Nordeste (31%) com as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, que apresentaram proporções superiores a 75%.

Os dados referentes ao quesito raça/cor estão disponíveis a partir do ano 2000 e, embora as informações ainda sejam incipientes, apontam para um crescimento proporcional do número de casos notificados de aids entre negros e pardos.

O país acumulou cerca de 190 mil óbitos por aids até dezembro de 2006. Em 1995, a curva de mortalidade acompanhava a de incidência de aids, quando atingiu a taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes. Após a introdução da política de acesso universal do tratamento anti-retroviral, observou-se importante queda na mortalidade. Apesar de a taxa de mortalidade ter diminuído nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, observa-se aumento da mortalidade nas demais regiões (Tabela 11).

A análise das séries de óbitos em anos posteriores a 1996, para o Brasil, mostra queda significativa da mortalidade entre os homens, a qual não foi igualmente acompanhada pelas mulheres (Tabela 12). Mesmo assim, a mortalidade entre os homens permanece maior quando comparada à taxa de mortalidade entre mulheres (em 2005, 8,06/100.000 e 3,97/100.000, respectivamente).

Quanto à caracterização da variabilidade viral do HIV em regiões ou grupos de indivíduos, no Brasil a circulação do HIV-1 subtipo B é a mais comum, embora já tenha sido observada a presença dos subtipos C, D e F1. Recentemente verificou-se um aumento do subtipo C em municípios de fronteira da região Sul do País.

Em relação às outras DST, a Organização Mundial de Saúde estima, para

o Brasil, entre 10 a 12 milhões de casos novos por ano. Em 2000, 18,5% de jovens do sexo masculino de 17 a 21 anos fizeram referência a algum problema relacionado às DST, distribuídos em 10,2% de “Feridas no pênis”; 7,5% de “Bolhas no pênis”; 6,0% de “Corrimento no canal da urina”; e 3,8% de “Verrugas no pênis”. Em 2002, esse percentual reduziu para 15,8%, representando mais de 900 mil jovens cujo relato indicava sintomas e/ou características de qualquer sinal relacionado às doenças sexualmente transmissíveis. A taxa de prevalência da sífilis nessa população foi de 0,87%. Cerca de 12% dos homens de 15 a 54 anos de idade referiram já ter tido corrimento uretral, sendo que 35% não tiveram qualquer tratamento. A relação entre DST e HIV tem sido demonstrada: o risco de ser soropositivo para o HIV foi 2,79 vezes maior quando pelo menos um problema relacionado às DST foi referido e 10 vezes maior entre indivíduos com sífilis.

**Tabela 1:** Estimativas das taxa de prevalência do HIV entre parturientes por grande região. Estudo-Sentinela Parturiente, 2004.

Grande Região	Taxa de Prevalência (%)	Erro padrão (%)
Norte	0,152	0,0757
Nordeste	0,225	0,0690
Sudeste	0,537	0,1171
Sul	0,510	0,1311
Centro-Oeste	0,425	0,2564
Brasil	0,413 IC 95% (0,294-0,533)	0,0037

Fonte: Estudo-Sentinela Parturiente 2004.

**Tabela 2.** Taxa média de incidência de aids por 100.000 hab. e variação por período. Brasil e Regiões, 1994 - 2005.

Regiões	Ano 1994 - 1998	Ano 1999 - 2003	Varição % (99-03 vs 94-98)	Ano 2004 - 2005	Varição % (04-05 vs 99-03)
Norte	4,4	8,4	90,3	13,4	58,9
Nordeste	4,8	7,7	60,8	10,5	36,3
Sudeste	24,7	24,5	-0,7	23,2	-5,2
Sul	17,3	26,7	54,5	25,2	-5,9
Centro-Oeste	12,4	15,4	24,2	17,7	15,5
Brasil	15,6	18,3	17,0	18,8	3,0

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

**Tabela 3:** Taxa média de incidência de aids, segundo faixa etária e sexo. Brasil, 1994 - 2005.

<b>Brasil (HOMENS)</b>	<b>94 - 98</b>	<b>99 - 03</b>	<b>variação % (99-03 vs 94-98)</b>	<b>04 - 05</b>	<b>variação % (04-05 vs 99-03)</b>
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	5,8	6,0	4,9	6,4	6,6
05 a 12	0,8	1,5	78,1	1,9	30,2
13 a 19	2,5	2,0	-21,7	1,7	-16,0
20 a 24	20,1	16,6	-17,5	13,8	-16,4
25 a 29	52,4	43,1	-17,7	38,0	-12,0
30 a 34	68,4	63,3	-7,6	54,6	-13,8
35 a 39	59,2	63,7	7,6	60,8	-4,7
40 a 49	39,5	46,4	17,4	53,1	14,5
50 a 59	18,3	24,2	32,4	30,3	25,2
60 e mais	6,1	7,7	27,3	9,2	19,6
<b>Brasil (MULHERES)</b>					
	<b>94 - 98</b>	<b>99 - 03</b>	<b>variação % (99-03 vs 94-98)</b>	<b>04 - 05</b>	<b>variação % (04-05 vs 99-03)</b>
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	6,2	6,6	6,4	5,7	-13,2
05 a 12	0,7	1,6	118,8	2,1	33,3
13 a 19	2,1	2,7	29,6	2,5	-7,9
20 a 24	12,6	16,2	28,4	14,3	-12,0
25 a 29	22,9	30,1	31,3	28,5	-5,4
30 a 34	23,8	33,0	39,0	33,4	1,0
35 a 39	19,3	29,3	52,2	32,3	10,3
40 a 49	12,9	21,7	67,7	27,9	28,7
50 a 59	10,2	11,8	15,6	16,8	41,7
60 e mais	1,9	3,5	79,3	4,6	31,9

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

**Tabela 4:** Taxa média de incidência de aids, segundo faixa etária e sexo. Norte, 1994 - 2005.

<b>Norte (HOMENS)</b>	<b>94 - 98</b>	<b>99 - 03</b>	<b>variação % (99-03 vs 94-98)</b>	<b>04 - 05</b>	<b>variação % (04-05 vs 99-03)</b>
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	1,1	2,0	79,8	3,6	81,0
05 a 12	0,2	0,4	99,4	0,8	119,8
13 a 19	0,9	1,6	71,5	1,6	1,8
20 a 24	8,5	12,2	42,2	16,7	37,2
25 a 29	18,7	22,7	21,3	32,9	44,8
30 a 34	22,1	31,3	41,4	42,3	35,2
35 a 39	18,8	31,7	68,6	48,1	51,9
40 a 49	10,5	20,8	98,1	39,2	88,1
50 a 59	5,4	13,5	147,7	22,1	63,5
60 e mais	1,4	3,9	169,2	8,6	119,8
<b>Norte (MULHERES)</b>					
	<b>94 - 98</b>	<b>99 - 03</b>	<b>variação % (99-03 vs 94-98)</b>	<b>04 - 05</b>	<b>variação % (04-05 vs 99-03)</b>
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	0,9	2,3	154,1	3,4	51,8
05 a 12	0,1	0,5	264,4	0,8	51,9
13 a 19	0,7	1,4	92,5	2,4	67,3
20 a 24	3,6	8,7	137,6	13,7	58,4
25 a 29	7,4	16,7	124,7	23,7	41,9
30 a 34	7,0	17,0	141,3	26,3	54,9
35 a 39	6,2	15,4	147,5	22,9	48,7
40 a 49	4,1	10,9	167,2	21,8	100,1
50 a 59	5,5	5,6	1,9	14,1	150,5
60 e mais	0,4	1,2	230,4	4,0	231,0

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

**Tabela 5:** Taxa média de incidência de aids, segundo faixa etária e sexo. Nordeste, 1994 - 2005.

Nordeste (HOMENS)	94 - 98	99 - 03	variação % (99-03 vs 94-98)	04 - 05	variação % (04-05 vs 99-03)
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	0,8	2,0	171,0	3,9	89,4
05 a 12	0,1	0,5	267,9	1,0	84,6
13 a 19	0,6	1,0	51,2	1,0	0,0
20 a 24	6,4	8,9	37,9	10,0	13,1
25 a 29	17,8	21,5	20,9	27,0	25,3
30 a 34	27,6	30,7	11,1	33,6	9,6
35 a 39	24,0	32,3	34,8	37,9	17,3
40 a 49	15,8	24,3	54,0	34,5	42,2
50 a 59	7,7	11,4	49,6	17,2	50,1
60 e mais	1,9	3,1	62,0	4,4	40,7
<b>Nordeste (MULHERES)</b>					
	94 - 98	99 - 03	variação % (99-03 vs 94-98)	04 - 05	variação % (04-05 vs 99-03)
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	1,0	2,1	110,4	3,1	44,4
05 a 12	0,1	0,5	218,8	1,0	129,8
13 a 19	0,4	0,9	124,8	1,3	46,8
20 a 24	3,4	6,9	105,7	9,3	33,8
25 a 29	7,2	13,6	88,8	18,4	35,5
30 a 34	8,5	14,5	69,3	21,3	47,4
35 a 39	6,2	13,4	114,7	19,1	43,1
40 a 49	3,7	8,8	139,2	15,3	73,0
50 a 59	3,7	4,1	12,7	7,9	92,8
60 e mais	0,4	0,9	164,1	1,7	76,3

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

**Tabela 6:** Taxa média de incidência de aids, segundo faixa etária e sexo. Sudeste, 1994 - 2005.

Sudeste (HOMENS)	94 - 98	99 - 03	variação % (99-03 vs 94-98)	04 - 05	variação % (04-05 vs 99-03)
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	9,8	8,7	-10,9	8,8	0,2
05 a 12	1,6	2,3	47,4	2,7	19,8
13 a 19	3,8	2,5	-34,1	2,1	-15,8
20 a 24	28,8	19,7	-31,6	14,8	-25,0
25 a 29	78,6	53,7	-31,6	41,9	-22,1
30 a 34	100,5	81,1	-19,3	64,6	-20,4
35 a 39	85,8	81,4	-5,1	72,0	-11,6
40 a 49	58,3	58,8	0,8	62,5	6,4
50 a 59	26,3	31,3	19,1	36,6	17,0
60 e mais	9,0	10,6	16,9	11,1	4,7
<b>Sudeste (MULHERES)</b>					
	94 - 98	99 - 03	variação % (99-03 vs 94-98)	04 - 05	variação % (04-05 vs 99-03)
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	10,8	10,0	-7,9	7,3	-26,3
05 a 12	1,5	2,6	74,0	3,1	19,2
13 a 19	3,1	3,1	0,6	2,6	-15,4
20 a 24	18,8	19,1	1,5	13,6	-28,6
25 a 29	35,2	37,2	5,7	31,8	-14,5
30 a 34	35,2	42,5	20,8	38,5	-9,5
35 a 39	28,2	37,0	30,9	37,9	2,7
40 a 49	19,5	27,8	42,5	33,1	18,9
50 a 59	14,1	15,9	13,2	21,2	33,0
60 e mais	3,0	4,8	57,4	5,8	20,2

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

**Tabela 7:** Taxa média de incidência de aids, segundo faixa etária e sexo. Sul, 1994 - 2005.

<b>Sul (HOMENS)</b>	<b>94 - 98</b>	<b>99 - 03</b>	<b>variação % (99-03 vs 94-98)</b>	<b>04 - 05</b>	<b>variação % (04-05 vs 99-03)</b>
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	10,1	11,1	9,8	7,2	-34,9
05 a 12	1,0	2,3	132,8	2,9	25,9
13 a 19	4,2	3,2	-24,7	1,7	-47,9
20 a 24	27,3	27,6	1,2	17,3	-37,4
25 a 29	54,2	64,4	18,9	50,5	-21,7
30 a 34	64,3	85,7	33,2	68,8	-19,6
35 a 39	55,6	80,0	43,9	69,6	-13,0
40 a 49	35,0	55,9	59,5	59,8	7,0
50 a 59	17,6	29,1	65,0	36,2	24,6
60 e mais	7,0	9,6	36,3	12,2	27,5
<b>Sul (MULHERES)</b>	<b>94 - 98</b>	<b>99 - 03</b>	<b>variação % (99-03 vs 94-98)</b>	<b>04 - 05</b>	<b>variação % (04-05 vs 99-03)</b>
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	10,2	11,4	11,9	9,3	-18,1
05 a 12	0,6	2,6	319,5	3,3	27,7
13 a 19	3,7	6,4	72,2	4,5	-29,8
20 a 24	17,9	31,8	77,1	26,6	-16,3
25 a 29	24,5	48,7	98,4	41,2	-15,3
30 a 34	24,2	46,3	91,2	45,0	-2,8
35 a 39	19,7	38,7	96,7	40,9	5,7
40 a 49	12,4	27,9	125,4	35,3	26,7
50 a 59	12,2	15,7	28,7	19,7	25,2
60 e mais	1,9	4,7	142,1	5,9	25,5

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

**Tabela 8:** Taxa média de incidência de aids, segundo faixa etária e sexo. Centro-Oeste, 1994 - 2005.

<b>Centro-Oeste (HOMENS)</b>	<b>94 - 98</b>	<b>99 - 03</b>	<b>variação % (99-03 vs 94-98)</b>	<b>04 - 05</b>	<b>variação % (04-05 vs 99-03)</b>
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	3,9	4,9	24,6	7,7	56,7
05 a 12	0,5	1,1	118,6	1,2	9,8
13 a 19	2,4	1,7	-32,0	2,3	39,1
20 a 24	17,8	12,1	-31,9	13,5	10,7
25 a 29	42,0	35,6	-15,4	34,5	-3,0
30 a 34	51,3	50,4	-1,8	48,5	-3,7
35 a 39	42,6	50,0	17,4	59,0	18,1
40 a 49	29,6	36,4	22,9	47,6	30,9
50 a 59	14,5	19,2	32,2	26,8	39,6
60 e mais	5,1	6,8	31,9	11,2	65,6
<b>Centro-Oeste (MULHERES)</b>	<b>94 - 98</b>	<b>99 - 03</b>	<b>variação % (99-03 vs 94-98)</b>	<b>04 - 05</b>	<b>variação % (04-05 vs 99-03)</b>
<b>Taxa média de incidência da aids (por 100.000 hab.)</b>					
< 5 anos	3,6	4,6	26,2	4,8	4,5
05 a 12	0,3	0,9	192,1	1,5	57,3
13 a 19	2,2	2,5	16,5	2,8	9,9
20 a 24	11,6	14,9	28,3	14,9	-0,1
25 a 29	17,1	25,4	48,4	25,4	-0,2
30 a 34	17,0	28,1	65,0	28,0	-0,5
35 a 39	13,8	25,8	86,3	30,9	19,7
40 a 49	9,3	18,2	95,1	23,3	27,9
50 a 59	7,7	8,1	5,9	14,6	79,4
60 e mais	1,5	3,0	99,2	5,7	92,0

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS



**Tabela 9** - Incremento anual da proporção dos casos de aids, segundo categoria de exposição. Brasil e Regiões, 1994 – 2004.

Incremento no período de 1994 a 2004 (IC 95%)							
Categoria de exposição (percentual adultos)		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	HSH	-0,49 (-0,67;-0,31)	-2,09 (-2,73;-1,45)	-2,19 (-2,55;-1,84)	NS	-1,34 (-1,65;-1,03)	NS
Homens	Heterossexual	2,98 (2,78;3,18)	3,09 (2,51; 3,67)	3,17 (2,71; 3,63)	2,80 (2,58; 3,03)	3,48 (3,21; 3,75)	2,18 (1,57; 2,80)
	UDI	-2,31 (-2,48; -2,14)	-0,63 (-1,03; -0,23)	-0,73 (-0,99; -0,47)	-2,67 (-2,85; -2,49)	-2,05 (-2,46; -1,64)	-2,02 (-2,49; -1,55)
	Transfusão/ Hemofílico	-0,18 (-0,27; -0,09)	-0,37 (-0,56; -0,17)	-0,25 (-0,38; -0,13)	-0,17 (-0,25; -0,09)	-0,09 (-0,16; -0,02)	-0,34 (-0,58; -0,10)
Mulheres	Heterossexual	1,43 (1,03; 1,82)	1,15 (0,43; 1,87)	1,05 (0,65; 1,45)	1,47 (1,07;1,88)	1,54 (1,07; 2,00)	1,23 (0,65; 1,81)
	UDI	-1,19 (-1,47; -0,91)	-0,44 (-0,78; -0,11)	-0,62 (-0,94; -0,29)	-1,24 (-1,55; -0,94)	-1,38 (-1,74; -1,01)	-1,04 (-1,57; -0,52)

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

**Tabela 10.** Média do número de casos de aids por transmissão vertical por período e variação. Brasil e Regiões, 1994 - 2005.

Regiões	Ano 1994 - 1998	Ano 1999 - 2003	Varição % (99-03 vs 94-98)	Ano 2004 - 2005	Varição % (04-05 vs 99-03)
Brasil	1007,2	973,6	-3,3	577	-40,7
Norte	16,6	32	92,8	36	12,5
Nordeste	47,2	109,4	131,8	105,5	-3,6
Sudeste	658,2	549,4	-16,5	278,5	-49,3
Sul	243,2	237,8	-2,2	116	-51,2
Centro-Oeste	42	45	7,1	41	-8,9

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

**Tabela 11.** Taxa média de mortalidade por aids por 100.000 hab. e variação por período. Brasil e Regiões, 1994 - 2005.

Regiões	Ano 1994 - 1998	Ano 1999 - 2003	Varição % (99-03 vs 94-98)	Ano 2004 - 2005	Varição % (04-05 vs 99-03)
Brasil	8,4	6,4	-24,7	6,1	-4,6
Norte	1,9	2,8	44,9	3,7	30,8
Nordeste	2,4	2,5	8,3	2,8	11,5
Sudeste	14,4	9,1	-37,0	7,9	-13,2
Sul	7,6	8,4	10,7	9,0	7,1
Centro-Oeste	5,6	4,7	-15,1	4,6	-3,2

FONTE: MS/SVS/PN-DST/AIDS

**Tabela 12** – Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.) por aids segundo sexo, região de residência e ano do óbito. Brasil, 1997 - 2005.

Taxa de mortalidade por aids		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Homens	1997	11,11	2,74	3,25	18,30	11,32	7,65
	1998	9,62	2,76	3,17	14,96	11,14	7,16
	1999	9,26	2,86	3,14	14,03	11,54	6,89
	2000	9,02	3,24	3,60	13,31	11,30	6,38
	2001	8,86	4,14	3,78	12,56	11,75	5,94
	2002	8,82	4,11	3,94	12,19	12,10	6,28
	2003	8,81	4,87	3,97	11,78	12,50	6,81
	2004	8,46	4,65	3,88	11,18	12,43	6,20
	2005	8,06	5,17	3,89	10,31	12,13	5,83
Mulheres	1997	4,10	1,00	1,14	6,83	3,92	2,99
	1998	3,77	1,11	1,04	5,98	4,37	2,84
	1999	3,64	1,15	1,17	5,56	4,44	2,84
	2000	3,70	1,52	1,25	5,56	4,41	2,90
	2001	3,92	1,71	1,49	5,64	4,95	3,25
	2002	3,92	2,01	1,60	5,41	5,44	2,93
	2003	4,02	2,28	1,76	5,36	5,69	3,25
	2004	3,92	2,29	1,75	5,16	5,55	3,28
	2005	3,97	2,50	1,92	5,05	5,92	3,09
		Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
	incremento 97 - 05	incremento 97 - 05	incremento 97 - 05	incremento 97 - 05	incremento 97 - 05	incremento 97 - 05	incremento 97 - 05
	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
Taxa de mortalidade por aids	homens	-0,28 (-0,41; -0,14)	0,34 (0,26; 0,42)	0,11 (0,06; 0,17)	-0,82 (-1,09; -0,54)	0,16 (0,08; 0,24)	-0,17 (-0,29; -0,06)
	mulheres	NS	0,20 (0,17; 0,23)	0,11 (0,09; 0,14)	-0,17 (-0,25; -0,08)	0,25 (0,19; 0,31)	NS

Fonte: MS/SVS/IPN-DST/AIDS

## Perspectivas para 2011

De 1980 a junho de 2007, identificou-se um total de 474.273 casos de aids. Utilizando-se as taxas médias de incidência de aids para o País e macrorregiões dos anos de 2004 e 2005 e a população estimada para os anos de 2006 a 2011, obteve-se uma estimativa de 220.730 casos novos de aids para o Brasil. Considerando a estabilização das taxas de prevalência de infecção pelo HIV, a relativa estabilização da incidência de aids em patamares elevados, a redução da mortalidade e aumento da sobrevivência, torna-se necessário o planejamento dos serviços de saúde para atendimento integral desse contingente populacional, tendo em vista as características regionais da epidemia e a rede de serviços existente. Estima-se que, em 2011, 638.000 pessoas estarão vivendo com HIV/ aids no País.

A vigilância epidemiológica das DST/HIV e aids fornece a informação necessária para a elaboração de estimativas nacionais de morbidade e mortalidade desses agravos, com o objetivo de auxiliar a compreensão dos mecanismos de disseminação e propor alternativas de intervenção. É importante reforçar o sistema de vigilância existente para as DST/HIV e aids, incorporando a vigilância de segunda geração, que tem como princípios: reconhecimento da heterogeneidade dos padrões epidêmicos e sua dinâmica; focalização em populações mais expostas a riscos e situações de vulnerabilidade; utilização de dados comportamentais associados às informações biológicas; utilização de fontes complementares de dados que possam melhorar a informação sobre comportamento, co-infecções, óbitos, variabilidade viral, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras.

## 3. ÁREAS TEMÁTICAS

### 3.1 Governança

#### 3.1.1 Gestão Participativa – uma Autoridade Nacional Inclusiva

A maior instância de Controle Social do Sistema Único de Saúde é o Conselho Nacional de Saúde (CNS), composto por entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e entidades e instituições do governo. Além de congregar diversos segmentos da sociedade, o CNS possui caráter deliberativo: pode analisar e deliberar sobre assuntos de saúde pública, por meio de resoluções que devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde. Desde o final da década de 90, o Movimento de Luta contra a Aids tem assento como titular no CNS. O CNS mantém como instância assessoradora uma Comissão de Acompanhamento das Políticas de DST e Aids.

Outra instância, com caráter consultivo e de assessoramento direto ao Programa Nacional de DST e Aids é a Comissão Nacional de DST e Aids - CNAIDS, instância de caráter multidisciplinar criada em 1986, que se reúne regularmente (a cada dois meses) e é composta por representantes de OSC e pessoas vivendo com HIV e aids (eleitas entre seus pares em encontros nacionais), academia, gestores estaduais e municipais de saúde. Colabora nos diversos componentes da ação de controle da aids, envolvendo os aspectos médicos, científicos, sociais, jurídicos e de gestão da política nacional. A partir desta Comissão, houve a constituição das comissões estaduais e municipais de DST/aids nos 26 estados e DF e nos municípios, que recebem recursos do Ministério da Saúde específicos do governo federal para o enfrentamento da aids.

Para discussão das especificidades da gestão e da participação social na resposta brasileira, foram constituídas duas outras comissões consultivas:

- 1- Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais – CAMS: para articulação, consulta e participação dos atores da sociedade civil que trabalham no enfrentamento da epidemia de aids (eleitos entre seus pares em encontros nacionais). Sua finalidade é promover melhores formas de integração entre as ações do Programa Nacional e seus parceiros do movimento social, buscando aperfeiçoar as políticas públicas, orientadas para a prevenção e assistência das DST/HIV/aids, assim como a promoção dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/aids. Atualmente a CAMS é composta por representantes de Fóruns de ONG/aids, redes nacionais de: pessoas vivendo com HIV/aids, prostitutas, mulheres, gays e homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, estudantes, redutores e usuários de drogas; movimentos populares, de negros e de indígenas.

2- Comissão de Gestão das Ações de DST e Aids – COGE: formada por representantes dos Programas Nacional, Estaduais e Municipais de DST/aids, visando à incorporação de ações de DST/aids no processo de descentralização da saúde com vistas a promover sua sustentabilidade técnica, política e financeira. Reúne-se regularmente e seus membros são eleitos regionalmente entre seus pares.

Nesse contexto amplo de mobilização e de sensibilização do governo e da sociedade brasileira destacam-se outros tipos de liderança, como por exemplo, a Frente Parlamentar de Luta contra a Aids, criada em 2001 como uma instância suprapartidária, que conta hoje com 192 congressistas. Busca integração entre o poder executivo e legislativo para solidificar a parceria entre o movimento social organizado, Organizações Não-Governamentais (ONG), Órgãos governamentais e o Parlamento, para aglutinação de forças necessárias ao enfrentamento do HIV/aids e outras DST, no que diz respeito à prevenção, à assistência e aos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids.

Outra articulação importante é o Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/aids – CEN, criado em 1998, com participação de grandes empresas, com o objetivo de contribuir para o controle da epidemia, por meio da sensibilização e mobilização do segmento empresarial, estimulando o exercício da responsabilidade social das empresas na luta contra a aids. Atua de forma visível e positiva, apoiando seus clientes, seus trabalhadores e a comunidade no confronto aos desafios da epidemia; identificando e priorizando ações que respondam às necessidades sociais; conhecendo e intercambiando experiências relevantes de outras empresas nacionais e internacionais do setor privado, sobre o impacto do HIV/aids.

O Grupo Temático Expandido do UNAIDS foi instituído em 1997 e congrega, além do conjunto de organismos internacionais que atuam no Brasil, outros setores governamentais, membros da sociedade civil e agências de cooperação bilateral, constituindo, assim, um grupo ampliado que busca dar apoio à resposta brasileira de combate ao HIV/aids. O grupo realiza reuniões ordinárias, convocadas e organizadas pela coordenação, que é rotativa. Atualmente, trabalha na construção de um plano estratégico que permitirá operacionalizar uma colaboração técnica mais focalizada no cumprimento das prioridades traçadas pelo Programa Nacional de Aids.

No contexto da gestão participativa, movimentos sociais organizados de luta contra a aids, autônomos, articulam políticas e ações estratégicas em todo o território nacional. Como exemplos:

- 1- Fóruns de ONG/Aids: iniciados a partir de 1996, constituem espaços importantes de representação das ONG e dos movimentos sociais que atuavam no País desde 1983. Hoje, existem fóruns nos 26 estados brasileiros, numa articulação política nacional para acompanhamento e construção das políticas públicas em HIV/ aids no âmbito municipal, estadual e federal.
- 2- Organizações de Pessoas Vivendo com HIV/Aids: a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids – RNP+Brasil - foi fundada em 1995, com o intuito de possibilitar aos portadores do HIV/aids oportunidades para se tornarem protagonistas da luta contra a aids no País, fortalecendo conhecimentos sobre seus direitos e deveres como cidadãos e, também,

acerca das políticas públicas de saúde. Possui representações em todas as esferas de controle social do Estado e é reconhecida por ser a esfera mais ampliada de organização e representação das PVHA. O Movimento Nacional das Cidadãs PositHIVas, iniciado em 2001, pela percepção de mulheres soropositivas da necessidade de visibilidade de suas próprias especificidades, é uma rede composta exclusivamente por mulheres+ com representações em todos os estados brasileiros. Outras articulações mais recentes incluem o Colegiado Nacional de Jovens+, a Articulação de Jovens Gays Soropositivos, Jovens Negros Soropositivos e de Lésbicas Soropositivas.

- 3- Organizações de grupos vulneráveis: essas redes e articulações atuam no território nacional na defesa de direitos humanos, visibilidade, inclusão social e no contexto do enfrentamento da epidemia de aids com suas especificidades; dentre elas incluem-se a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT /1995; Associação Brasileira de Gays – ABRAGAY/2005; Liga Brasileira de Lésbicas – LBL/2004; Articulação Brasileira de Mulheres Lésbicas, Bissexuais e Transexuais – ABL/2004; Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros – ANTRA/2000; Coletivo Nacional de Transexuais – 2005; Rede Brasileira de Prostitutas – 1987; Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos – ABORDA/1997; Rede Brasileira de Redução de Danos – REDUC/1998, entre outras.

### 3.1.2 Gestão de Recursos

#### O Financiamento público da saúde no Brasil

O Brasil vem consolidando, nos últimos vinte anos, o Sistema Único de Saúde – SUS, fundamentado em princípios doutrinários e organizativos de integralidade, universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e participação. O financiamento desse sistema se dá por meio de fontes públicas, oriundas de diversos tributos e impostos federais. Da mesma forma, os recursos aplicados pelos governos estaduais e municipais são originários de impostos locais. Segundo estimativas (Carvalho, G. 2007), dos R\$ 174 bilhões gastos em saúde em 2006, R\$ 87,3 bilhões (50%) foram com recursos públicos, sendo R\$ 40,8 bilhões de fonte federal.

Importante característica do sistema é a descentralização da gestão e, conseqüentemente, da execução dos recursos. Na Tabela 1, abaixo, verificamos o aumento gradual da participação dos estados e municípios no financiamento da saúde.

**Tabela 1:** Percentual de receita da saúde por esfera de governo – Brasil, 1980 -2006

ANO	% UNIÃO	% ESTADOS	% MUNICÍPIOS
1980	75,00	17,80	7,20
1995	63,80	18,80	17,40
2000	59,74	18,53	21,73
2001	56,17	20,67	23,16
2002	53,11	21,64	25,25
2003	50,69	22,80	25,24
2004	51,14	23,62	25,24
2005	50,64	24,48	24,98
2006	46,70	26,12	27,18

Fonte: SIOPS - MS

#### Os gastos relativos à aids no Brasil

A maior parte dos gastos relativos à aids são de recursos públicos, tanto do governo federal como dos governos estaduais e municipais, por meio de suas respectivas secretarias de saúde. Estes representam significativa parcela dos recursos gastos em saúde pelo nível federal, como podemos observar na tabela 2 abaixo, relativa ao orçamento federal aprovado nos anos de 2003 a 2007, considerando somente os recursos orçamentários executados especificamente pelo PN-DST/AIDS/SVS/MS.

**Tabela 2:** Participação do PN-DST/AIDS/SVS no orçamento do MS – 2003 a 2007.

ANO	MINISTÉRIO DA SAÚDE (LOA)	PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS	%
2003	30.590.984.324,00	689.000.000,00	2,25
2004	36.528.670.103,00	823.330.800,00	2,25
2005	40.542.754.890,00	805.365.000,00	1,99
2006	43.622.386.289,00	1.302.900.000,00	2,99
2007	46.399.841.808,00	1.361.492.500,00	2,93

Fonte: Ministério da Saúde

Desde 2003, com a instituição da Política de Incentivo às Ações no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids, foram aprimorados os mecanismos de transferência de recursos federais para os executores nos níveis estadual e municipal. Em 2006, mais de R\$ 135 milhões (9,9% do orçamento do Programa) foram transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos das secretarias de saúde dos 26 estados, Distrito Federal e de mais de 450 municípios prioritários para o controle da aids no país, a serem executados mediante um Plano de Ações e Metas (PAM), formulado anualmente pelo gestor em saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde local. Esses recursos transferidos não representam a totalidade dos recursos para todas as ações relativas à aids; porém, são fundamentais para o fortalecimento dos programas locais, representando um avanço no processo de descentralização da gestão em saúde, especificamente na área de aids.

### Gastos públicos em aids realizados em 2006

O PN-DST/AIDS/SVS/MS realizou estudo de estimativa de gastos do exercício de 2006 de recursos federais e internacionais realizados no país. Optou-se por restringir a análise a essas instâncias à medida que há, pelo grau de concentração e organização, uma maior rapidez na obtenção das informações e acesso às fontes de informação.

A fonte de informação dos gastos públicos foi o demonstrativo da execução orçamentária e financeira do ano de 2006, considerando: a) execução direta do Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids; b) recursos transferidos aos estados e municípios para o Incentivo às Ações no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids; c) pagamentos de procedimento de atenção à saúde aos prestadores, públicos e privados, realizados pelo Ministério da Saúde; e d) execução indireta, por meio de repasses às agências internacionais do Sistema ONU, com as quais o PN-DST/AIDS/MS possui cooperação técnica e financeira firmada. Foram, ainda, incorporadas informações relacionadas aos recursos dos Organismos Internacionais gastos no país e dos gastos de outros Ministérios para a área de aids, especificamente Previdência Social e da Defesa.

Todas as atividades foram classificadas segundo código da metodologia recomendada pelo UNAIDS (Medição de Gastos em Aids-MEGAS), de acordo com as informações prestadas pelos diversos setores do Ministério da Saúde, dos organismos internacionais e dos demais ministérios. Devido



às dificuldades encontradas em alguns processos de classificação, deve-se considerar que pode haver distorções em algumas categorias como, por exemplo, nos estudos e pesquisas que podem estar localizados em outras categorias (prevenção, atenção ou mesmo gestão), mas não puderam ser identificados. Além disso, a falta de informação em diversas atividades não significa, necessariamente, que não houve gasto, mas sim que não foi possível acessar as fontes que forneceriam esses dados.

Portanto, em relação ao ano de 2006, verificou-se que houve um gasto público federal da ordem de R\$ 1,23 bilhão. As categorias que concentraram a maior parte dos gastos foram a de Atenção e Tratamento (83,5%); Prevenção (5,9%); Gestão e Administração do Programa (4,5%); Desenvolvimento da Comunidade (2,9%) e Proteção e Serviços Sociais (2,2%).

Observa-se que a maior parte dos recursos gastos em Atenção e Tratamento referem-se à aquisição de medicamentos ARV (93,2%); o restante dos recursos referem-se principalmente aos procedimentos hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais realizados na rede de atenção à saúde. Da mesma forma, os gastos previdenciários com aposentadorias por invalidez ou licenças representaram a maior parte dos gastos de proteção social (99,8%).

Além desses recursos públicos, diversos organismos internacionais realizaram gastos próprios no país, alcançando o valor de R\$ 5,6 milhões, principalmente na gestão e administração do Programa e financiamento de ações no campo da prevenção.

De acordo com o levantamento realizado, conforme Anexo 1, os gastos realizados nas principais categorias foram:

- a. Prevenção: R\$ 72,8 milhões
- b. Atenção e Tratamento: R\$ 1,03 bilhão
- c. Fortalecimento da Gestão e Administração dos Programas: R\$ 55,9 milhões
- d. Incentivo aos Rec. Humanos: R\$ 12,0 milhões
- e. Proteção e Serviços Sociais: R\$ 27 milhões
- f. Entorno favorável e desenvolvimento da comunidade: R\$ 36,3 milhões
- g. Estudos: R\$ 780,9 mil

### 3.1.3 Redução do Impacto Social e Econômico da Aids

Para o acompanhamento desses compromissos não foram estabelecidos, no âmbito das Nações Unidas, indicadores diretos e específicos, apesar do expressivo impacto da epidemia nas economias e nas sociedades de países do sul, especialmente os africanos.

No Brasil, estudos para dimensionar o impacto social e econômico da epidemia têm sido limitados, mesmo nos setores em que a doença tem uma participação mais expressiva, como é o caso da saúde e da previdência social. Em parte, isso se justifica pelo relativo controle que o Brasil impôs à epidemia, especialmente a partir do final da década de 90 e nos anos 2000. Desde esse período o número de pessoas infectadas no país tem se mantido estável e não mais de 0,6% da população adulta vive atualmente com HIV, o que minimiza o impacto da doença nos setores produtivos.

Por outro lado, o estado de saúde das pessoas vivendo com HIV para inserção no mercado de trabalho tem sido garantido em decorrência do uso de medicamentos anti-retrovirais, o que reduziu a gravidade da doença e o número de óbitos no país.

Mesmo na área da saúde, as previsões iniciais de decréscimo no número de leitos hospitalares e nos gastos com saúde deram lugar às análises, realizadas pelo próprio Ministério da Saúde, de que a política de controle da doença tem sido custo-efetiva. Os gastos evitados com internações e medicamentos para infecções oportunistas são maiores do que os gastos com medicamentos ARV.

A sociedade brasileira, desde o início da epidemia, teve um grande engajamento em ações de denúncia das situações de violação de direitos de populações mais afetadas, contribuindo para reduzir o efeito discriminatório da doença e aumentar as atitudes de solidariedade. Casos notórios de denúncia envolvendo escolas e empresas, por exemplo, contribuíram para a formulação de normas e de condutas específicas para este setor, que hoje garantem a plena inserção de pessoas com HIV nessas instituições. As ações judiciais tiveram o mesmo papel, sendo, inclusive, um dos fatores que determinaram a adoção da política de acesso universal aos anti-retrovirais.

Porém, nos últimos anos, o perfil da epidemia tem-se alterado e as análises epidemiológicas apontam para o aumento proporcional e do número absolutos de casos entre indivíduos com menor inserção social, notadamente aqueles com menor grau de instrução, com ocupação que exige menor qualificação e residentes nas periferias dos centros urbanos. Para essa população, a presença de uma doença e, especialmente da aids, significa um aumento considerável

no seu grau de vulnerabilidade social, contribuindo para o aumento do nível de pobreza no País.

Estudos já realizados nesse sentido têm evidenciado as dificuldades adicionais dessa população para realizar o seguimento adequado do tratamento e manter as condições necessárias de inserção social e no mercado trabalho. Circunstâncias que relevam a importância de políticas sociais para o apoio dessa população, com vistas a reduzir o potencial impacto da epidemia.

Nesse contexto, optou-se, como forma de avaliar uma das dimensões do impacto social da epidemia da aids no Brasil, analisar a série histórica (2004 a 2006) dos benefícios pagos pela Previdência Social em decorrência da aids, dimensionando a participação desses benefícios no contexto geral do sistema previdenciário.

Foram três tipos de auxílios: auxílio doença previdenciário, aposentadoria por invalidez e amparo social para pessoa portadora de deficiência. Os dois primeiros auxílios são pagamentos pecuniários continuados e restritos àqueles com vínculo empregatício e inseridos no mercado formal de trabalho. O terceiro benefício, de amparo social para pessoa portadora de deficiência, constitui renda mensal, no valor de um salário mínimo, paga àqueles que comprovam não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida pela família. Esse benefício está previsto na Lei Orgânica de Assistência Social e é direito de todo cidadão brasileiro pleiteá-lo.

Os dados dos benefícios são provenientes do banco de dados da Previdência Social, pesquisados pelo Código Internacional de Doenças referente à aids. As informações analisadas foram: sexo, ano de concessão do benefício, região e município de residência.

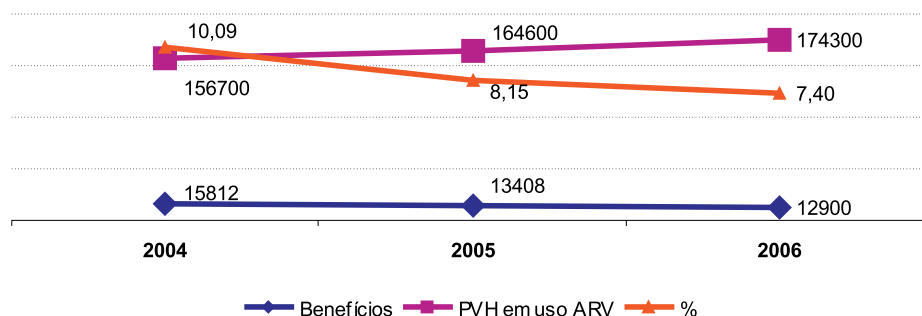
Os valores pagos foram informados pela Previdência Social de forma agregada por tipo de benefício e ano de concessão.

Os dados sobre pacientes em uso de ARV, utilizados para calcular a relação entre pessoas vivendo com HIV/benefício, são provenientes do Programa Nacional de DST e Aids, do sistema de logística de medicamentos anti-retrovirais.

## Previdência Social e aids

Entre os anos de 2004 e 2006 foram pagos no Brasil às pessoas vivendo com HIV 42.100 auxílios previdenciários, representando uma relação de 7,4 benefícios para cada 100 pessoas em tratamento com terapia ARV no ano de 2006. Números que apresentaram uma tendência de redução, tanto em quantidades absolutas, como relativas. (Figura 1).

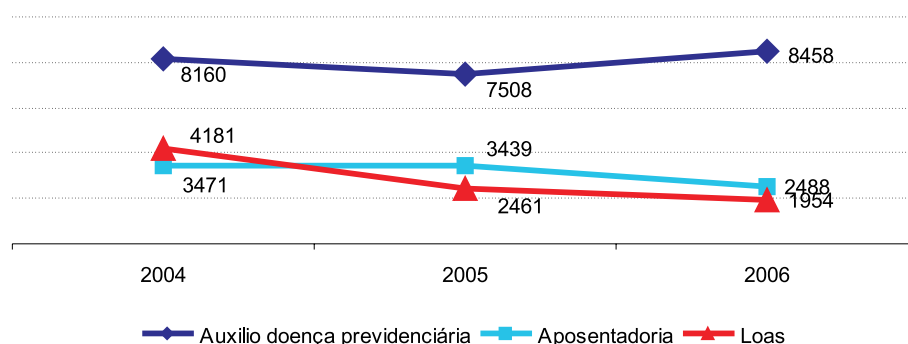
**Figura 1. Auxílios previdenciários pagos às PVH, em número absolutos e em relação aos pacientes em uso de ARV. Brasil, 2004 a 2006.**



Em números absolutos, a redução nos três anos ocorreu na proporção de 18,4%, tendência influenciada pela diminuição dos auxílios pagos em decorrência de aposentadoria e de amparo social. Este último auxílio foi o que apresentou a maior taxa de redução, de 53,3%. Em contraposição, o auxílio doença manteve uma tendência de estabilização, com a concessão de 3,7% a mais de benefícios em 2006, do que em 2004 (Figura 2).

O agravo à saúde de pessoas vivendo com HIV foi a principal razão que motivou a concessão de auxílio no âmbito do sistema previdenciário brasileiro, entre os anos de 2004 e 2006. Dos 42.100 benefícios pagos no período, 79,6% referem-se ao auxílio doença e à aposentadoria por invalidez, com predomínio do primeiro, que reuniu mais da metade dos benefícios concedidos (57,3%) (Figura 2).

**Figura 2. Auxílios previdenciários pagos para pessoas com HIV. Brasil, 2004 a 2006.**



## O impacto financeiro da aids no sistema previdenciário

Analisando-se a proporção de pessoas vivendo com HIV, em relação ao número total de beneficiários da Previdência, dois aspectos sobressaltam. O número de pessoas vivendo com HIV representa uma parcela relativamente reduzida, de 0,9%, entre os beneficiários da Previdência Social por doença (Tabela 3).

**Tabela 3.** Número de benefícios concedidos para pessoas com HIV, em relação ao total de benefícios previdenciários.

Tipo de Benefício	Total de Benefício	Benefício HIV	%
Auxílio Doença	1.110.684	13,406	1,2
Aposentadoria por invalidez	2.503.494	18.100	0,7
Disability Amparo Social	1.296.112	11.791	0,9

Em relação aos gastos, observamos que benefícios pagos em decorrência da aids, no valor de R\$ 26,6 milhões anualmente, representam 1,1% dos dispêndios totais com doença da Previdência no Brasil. A aposentadoria é o benefício que mais contribui para a elevação desses gastos, seguido do auxílio doença. Os gastos com amparo social são aqueles que menos contribuem para os dispêndios associados à aids (Tabela 4).

**Tabela 4.** Valor pago em benefícios previdenciários totais e para pessoas com HIV.

Tipo de Benefício	Total de Benefício (R\$)	Benefício HIV (R\$)	%
Auxílio Doença	773.395.549,58	8.850.934,99	1,1
Aposentadoria por invalidez	1.242.535.972,87	13.665.837,45	1,1
Amparo Social	453.639.766,60	4.126.850,00	0,9

Apesar de o impacto financeiro no sistema previdenciário como um todo ser baixo, a vulnerabilidade associada ao viver com aids traz consequências significativas.

As baixas proporções de benefícios e dispêndios realizados em decorrência da aids evidenciam que o impacto da doença pode ser absorvido sem que haja prejuízos significativos para sistema previdenciário brasileiro.

Há de se considerar, na interpretação destes dados, que nos últimos anos, a Previdência Social passou a rever, após perícia médica, as aposentadorias já concedidas e a adotar critérios mais rígidos para a concessão de novos benefícios. Esse fato pode estar contribuindo para que haja maior aceleração na redução do número de benefícios concedido em decorrência da aids.

Esses procedimentos, entretanto, podem trazer dificuldades adicionais às pessoas vivendo com HIV. Indivíduos aposentados há anos, em um período que a doença provocava sérias incapacidades e possuía forte componente discriminatório, terão menor possibilidade de se inserir novamente no

mercado de trabalho. Estudos para dimensionar essas conseqüências deverão ser realizados.

A maior incidência da doença em populações de baixa renda, que vem sendo relatada na última década, tem por conseqüência o acréscimo da vulnerabilidade social e do grau de pobreza dos indivíduos, além do aumento da demanda por outros benefícios sociais compensatórios, como o Bolsa Família, entre outros.

Para finalizar, merecem atenção especial as mulheres. A menor participação das mulheres nos benefícios previdenciários pode estar relacionada com as desigualdades de gênero e a menor inserção das mulheres no mercado formal de trabalho. Nesse caso, os dados podem estar refletindo a invisibilidade das mulheres.

### 3.1.4 Pesquisa e Desenvolvimento: Ciência, Tecnologia e Inovação

O Brasil fez progressos importantes no que diz respeito às metas estabelecidas na Declaração de Compromissos com relação à ciência, tecnologia e inovação.

Houve uma expressiva ampliação dos recursos destinados pelo Programa Nacional de DST e Aids à pesquisa em HIV/aids e outras DST (cerca de R\$ 33 milhões entre 2004 e 2007) e seleção por processos competitivos nacionais de protocolos de pesquisa nas áreas de prevenção e tratamento, avaliados por comitês independentes de alto nível. Com isso, o Programa Nacional de DST e Aids passou a ter uma atuação importante no fomento da pesquisa nesta área, junto com outras agências federais e estaduais. Esses projetos são também avaliados por comitês de ética independentes, com participação da comunidade científica, representantes de pessoas vivendo com HIV/aids e profissionais de saúde envolvidos na atenção ao HIV/aids.

Com relação ao desenvolvimento de vacinas, o Programa Nacional de DST e Aids lançou, em 2006, chamada nacional para seleção de projetos de pesquisa em vacinas anti-HIV (preventivas e terapêuticas), com 13 projetos selecionados de pesquisadores de centros de excelência na pesquisa. Também estruturou a Rede de Pesquisa em Vacina Terapêutica anti-HIV com os principais grupos de pesquisa no País nesta área.

No que tange ao apoio à atividade científica, lançou 13 chamadas específicas para pesquisas nas áreas biomédicas, epidemiológica, clínica e sociocomportamental. Essas chamadas apoiaram também pesquisas de natureza operacional e avaliativa, orientadas para as estratégias de prevenção e assistência ao HIV/aids, inclusive pesquisas voltadas ao monitoramento de diversos aspectos do tratamento com anti-retrovirais.

Em se tratando do apoio à atividade tecnológica, houve esforço significativo na busca do fortalecimento da competência nacional e na redução da dependência externa, seja pelo apoio a projetos locais, seja por meio da transferência de tecnologia em testes para diagnóstico, como o teste rápido, e em medicamentos. Foram implementadas diversas medidas, com significativa redução nos preços pagos por esses medicamentos pelo governo brasileiro: 1. O licenciamento compulsório do Efavirenz por interesse público, com aquisição de versão genérica e viabilização da produção no país; 2. Estratégias voltadas ao fortalecimento da capacidade nacional em outros medicamentos estratégicos, como por exemplo, a produção do DDI entérico e de doses fixas combinadas.

Com relação à pesquisa e desenvolvimento de microbicidas, foram apoiados dois projetos promissores com a Fiocruz e universidades públicas brasileiras, sendo um para desenvolvimento de novos microbicidas/anti-retrovirais a partir de algas marinhas, que agora inicia sua fase pré-clínica em animais de experimentação, e outro a partir de planta brasileira, o gel da Aroeira (Kronel).

Na área tecnológica, o principal desafio que ainda permanece é assegurar a adequada inserção da pesquisa e desenvolvimento em HIV/aids e outras DST na política tecnológica e industrial brasileira, envolvendo, em uma perspectiva multisetorial, as demais agências de fomento à pesquisa nas diferentes esferas de governo.

Observa-se, também, um fortalecimento da cooperação internacional, buscando-se maior integração da comunidade científica e tecnológica brasileira no esforço internacional e na estratégia global para o desenvolvimento de novos insumos estratégicos e de uma vacina anti-HIV. Destacam-se aqui organismos internacionais como a OMS/OPAS e agências governamentais de países, tais como o National Institutes of Health dos Estados Unidos, a Agência Nacional Francesa para a Pesquisa da Aids e das Hepatites Virais – ANRS, além de outras organizações não-governamentais como a International AIDS Vaccine Initiative – IAVI.

Ressalta-se, ainda, a importância do fortalecimento das iniciativas de cooperação Sul-Sul, destacando-se a Rede de Cooperação Tecnológica em HIV e Aids, voltada à pesquisa e desenvolvimento de insumos estratégicos, lançada em 2004, envolvendo Argentina, Brasil, China, Cuba, Nigéria, Rússia, Tailândia e Ucrânia, e em vacinas anti-HIV, tais como o IBSA (Índia, Brasil e África do Sul), além do estímulo a redes regionais de pesquisa na América Latina e Caribe.

É finalmente necessário observar que os esforços até aqui relatados na pesquisa e desenvolvimento de vacinas e microbicidas no País vêm sendo realizados em consonância com os importantes desafios no conhecimento científico que ainda persistem nessa área no cenário internacional.

Na área de vacinas anti-HIV, o estudo de fase IIb, STEP (HVTN502/ Merck V520-023) realizado em parceria entre a rede HVTN (HIV Trials Network) e a empresa Merck, em vários países, inclusive o Brasil, foi interrompido devido à ausência de ação protetora do produto.

Da mesma forma, na área de microbicidas, o estudo de fase III com o microbicida à base de sulfato de celulose, realizado na África do Sul, não demonstrou proteção e foi interrompido devido à sua associação com uma maior probabilidade de infecção pelo HIV.

Os resultados dos dois estudos reforçam a necessidade de se ajustar a agenda científica nacional e internacional, ampliando consideravelmente, de forma sustentável em longo prazo, as iniciativas científicas necessárias ao desenvolvimento de novos métodos para a prevenção e para o controle da transmissão do HIV. Essas iniciativas devem ser complementadas pelo apoio às abordagens já disponíveis e eficazes para a prevenção do HIV, que incluem estratégias psicossociais (como testagem e aconselhamento, oficinas de sexo mais seguro etc.).



Revisam-se a seguir os achados mais recentes, disponíveis na literatura indexada, seguindo critérios de busca em tudo similares àqueles utilizados em trabalhos anteriores sobre o mesmo tema (Bastos & Hacker, 2006a; Bastos & Hacker, 2006b), constituindo uma atualização de dois artigos publicados por Bastos & Hacker (2006a e 2006b), que procederam a uma revisão bibliográfica de tópicos compreendidos no documento-base da *United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS – UNGASS*, que define metas para a Ciência, Tecnologia e Inovação em HIV/Aids nos seus itens 70-73.

Os tópicos listados abaixo foram operacionalizados sob a forma de “palavras-chave” em buscas sistemáticas nos bancos de dados-padrão em biomedicina (MEDLINE e SciELO). Para o presente estudo, foram analisados artigos publicados no período de 01/01/2005 a 30/09/2007, que tematizavam a resposta brasileira à epidemia de aids, produzidos por autores brasileiros e/ou estrangeiros que atuam de forma continuada no Brasil, e que, à época da redação dos artigos anteriores (supracitados), não estavam disponíveis nas suas formas completas (devidamente indexados e recuperáveis por meio do Portal Capes de Periódicos). Eventualmente, artigos que não estão inseridos nestes marcos temporais foram revisados, visando a explorar/recuperar temas específicos.

### Captura e manejo de dados em HIV/aids

Diversos métodos de coleta de informações sobre HIV/aids vêm sendo empregados em estudos recentemente publicados no Brasil. Estes estudos compilam e analisam tanto dados primários como secundários. Uma tendência crescentemente observada é a integração de múltiplos bancos de dados, em âmbito regional, nacional ou mesmo global, de que são exemplos esforços recentes de relacionamento de bancos de dados de países em desenvolvimento e desenvolvidos, nos quais o Brasil desempenha papel relevante como país em desenvolvimento com o mais antigo e amplo programa de acesso a custo zero a anti-retrovirais (IeDEA, 2007; McGowan et al., 2007; Tuboi et al., 2007; Grinsztejn et al., 2007), assim como nos esforços globais de prevenir a transmissão materno-infantil do HIV (D’Ippolito et al., 2007; Read et al., 2007).

Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, um estudo avaliou a soroprevalência do HIV em usuários de drogas, utilizando-se de informações obtidas por meio de cinco estudos diferentes, realizados no período 1995-2004 (Pechansky et al., 2006).

Observa-se também um progressivo refinamento dos estudos de natureza qualitativa, como em um estudo realizado em duas clínicas de tratamento para DST, que, abandonando os tradicionais métodos de edição manual de entrevistas transcritas, lança mão de *softwares* especificamente voltados para o manejo e análise de informações qualitativas, como o Atlas TI (Malta et al., 2007).

Métodos modernos de coleta e manejo de dados, como o uso de questionários escaneáveis em tempo real ou a coleta de dados diretamente em computadores, como no uso do ACASI (*Audio Computer-Assisted Self-Interview*) ou dos programas semi-automatizados de entradas de dados em Pocket PCs, não

foram encontrados na literatura disponível desde as publicações de Simões et al. resenhadas em artigo anterior, mas vêm sendo utilizados em novos protocolos que utilizam técnicas amostrais modernas, como a *Respondent Driven Sampling* (RDS), por diversos grupos brasileiros, em estudos com pacientes psiquiátricos, numa parceria entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade de Colúmbia, EUA (comunicação pessoal dos autores).

## Métodos controlados por mulheres: preservativos femininos e microbicidas

Conforme descrito na Introdução, a pesquisa em microbicidas vê-se hoje às voltas com dificuldades importantes em todo o mundo.

Como observado anteriormente, o projeto para desenvolvimento de novos microbicidas anti-retrovirais a partir de algas marinhas (ver desenvolvimento correlato na seção sobre “novos fármacos”), numa parceria da Fiocruz com a Universidade Federal Fluminense e a Fundação Ataulpho de Paiva, embora promissor, ainda não se traduziu em resultados de estudos pré-clínicos e clínicos, não representando, portanto, no momento uma alternativa aos impasses do presente na esfera dos microbicidas.

Por outro lado, progressos modestos, mas relevantes, vêm sendo feitos na área de implementação e respectiva avaliação do uso de preservativos femininos. O trabalho de Barbosa et al. (2007) constitui um dos poucos artigos publicados sobre esse tema nos últimos anos, no Brasil, e sumariza alguns achados provenientes de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde acerca da aceitabilidade e utilização efetiva de preservativos femininos. Os autores concluem que a distribuição de preservativos femininos em centros públicos de saúde deverá determinar um aumento das taxas de utilização deste método e um reforço das iniciativas visando ao sexo seguro.

Um estudo de natureza similar, realizado em seis regiões do país, analisou o uso dos preservativos entre mulheres que deles vinham fazendo uso por um período mínimo de 4 meses e concluiu que medidas de educação em saúde e suporte psicossocial (empoderamento) desempenham um papel decisivo no uso consistente do preservativo feminino. Apesar das limitações a uma adoção mais ampla e consistente do preservativo feminino por parte do poder público e das organizações não-governamentais serem basicamente provenientes do seu custo relativamente elevado, cabe observar que uma análise do custo-benefício do uso do preservativo feminino, de 2006, constatou que, no Brasil, a distribuição de preservativos femininos, numa proporção de 10% do quantitativo de preservativos masculinos, poderia determinar uma redução substancial do número de infecções pelo HIV a um custo relativamente baixo para o governo.

Apesar dos estudos mencionados acima e de suas conclusões relativamente otimistas, ainda são raras as publicações sobre o uso da camisinha feminina no Brasil, e as ações públicas visando à distribuição ampliada do preservativo estão aquém do que poderia se esperar, tanto em termos de sua demonstrada aceitabilidade, como também da avaliação favorável do seu custo-efetividade.

## Aids e relações de gênero

Desde os primeiros casos de aids registrados no Brasil, no início da década de 1980, a epidemia vem passando por diversas mudanças sociais, demográficas e econômicas. Com a progressiva disseminação da epidemia através de relações heterossexuais desprotegidas, cresce a necessidade de analisar as especificidades de viver com aids para homens e mulheres.

Diversos estudos brasileiros têm abordado a questão do gênero para caracterizar a epidemia de aids. Entretanto, poucos são os trabalhos que tratam do gênero como tema central de suas análises. Oliveira (2006) faz uma análise crítica dos resultados oficiais do relatório do governo brasileiro para o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e Aids – UNAIDS, sob a ótica (entre outras dimensões) das questões de gênero, que vê como algo a ser abordado com maior intensidade e detalhe, uma vez que as desigualdades de gênero estão profundamente enraizadas na sociedade brasileira e perpassam as interações sociais, estejam elas vinculadas ao HIV/aids ou não (por exemplo, as questões da violência sexual e da subalternização da mulher em diferentes contextos, que extravasam o campo específico do HIV/aids).

Em São Paulo, Braga et al. (2007) analisaram uma coorte de indivíduos vivendo com HIV/aids e observaram, na linha do trabalho anterior de Santoro-Lopes et al. (1998), diferenciais com relação à sobrevivência de homens e mulheres em tratamento com anti-retrovirais, em detrimento das mulheres. As razões subjacentes a essa presumível desigualdade em termos de sobrevivência não foram, entretanto, elucidadas.

## Novos fármacos e medicamentos anti-aids

A despeito de uma importante capacidade instalada na área de produção, atendidos os requisitos de bioequivalência e formulação adequada, o Brasil carece de uma base científica e tecnológica que possibilite a inovação em termos de princípios ativos originais com propriedades anti-retrovirais. Nesse sentido, é bastante auspicioso constatar que os trabalhos exploratórios quanto às propriedades anti-retrovirais de determinadas algas vêm prosseguindo, evoluindo de estudos menos específicos para estudos que exploram especificamente a propriedade inibidora da alga *Dictyota pfaffii* com relação à enzima transcriptase reversa do HIV, o que, possivelmente, abrirá caminho para novas drogas e/ou microbicidas, originalmente concebidos e desenvolvidos no país.

Uma outra linha de investigação na área de fármacos é a verificação da bioequivalência entre medicamentos produzidos por companhias farmacêuticas internacionais e seus equivalentes nacionais, sob designação genérica. Alguns poucos estudos desenvolvidos no Brasil estão disponíveis na literatura indexada.

Mais recentemente, foi publicado estudo que avalia a performance dos medicamentos anti-retrovirais genéricos brasileiros em condições reais da prática clínica, avaliada a partir do desfecho clínico e virológico de pacientes

sob acompanhamento. Esse estudo conclui serem eficazes e efetivos os produtos disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, sem custo adicional para o paciente.

## Crianças de rua e adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade

Um estudo realizado em Porto Alegre avaliou a vulnerabilidade em relação ao sexo e ao uso de drogas em crianças e adolescentes/jovens vivendo em situação de rua. Essa pesquisa confirmou que crianças vivendo nessas circunstâncias se mostram bastante expostas a diferentes riscos e agravos, apresentando uma grande vulnerabilidade em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e à aids, com interface relevante com o consumo abusivo de drogas. Contudo, a mesma pesquisa identificou, também, proporções elevadas de testagem para o HIV (41% dos 161 indivíduos entrevistados), cabendo observar, entretanto, que esta alta proporção deve ser analisada com cuidado, pois esse grupo de crianças mantém estreita interação com profissionais de saúde do serviço em que foram recrutadas, sendo, nesse mesmo serviço de saúde, aconselhadas a realizar o teste de HIV no próprio local.

Como ressalta um trabalho de Camargo & Botelho (2007) realizado com adolescentes, a prática do sexo seguro é afetada pelo nível de conhecimento, suas atitudes em relação ao uso de preservativo e também pelo medo de contrair a infecção pelo HIV. Segundo Doreto & Vieira (2007), 65% das adolescentes pesquisadas em Ribeirão Preto, São Paulo, relataram não se considerar sob risco de contrair DST, apesar de apenas 35% delas usarem preservativos em suas relações sexuais. A testagem para o HIV é ainda pouco comum entre os jovens de ambos os sexos, e especialmente rara entre jovens de baixa renda que só acessam os serviços de saúde (no caso específico de mulheres) durante a gravidez. Diante da necessidade de disseminar informações para este segmento populacional, diversas campanhas de informação são realizadas no país, incluindo campanhas televisivas, que vêm merecendo avaliações favoráveis.

## Monitoramento da epidemia (vigilância epidemiológica)

Diversos estudos têm sido realizados com o objetivo de obter informações atualizadas que permitam o monitoramento da epidemia de aids, a fim de que sejam formuladas e implementadas ações de prevenção e controle da epidemia baseadas em evidências.

No, talvez, primeiro estudo brasileiro realizado com uma amostra representativa da população geral (no caso específico, da população de Salvador, Bahia), Dourado et al. (2007) corroboraram as estimativas de prevalência obtidas a partir de populações-sentinela, como as grávidas, reforçando os achados de que a epidemia brasileira segue sendo uma epidemia concentrada, com prevalências na população geral abaixo de 1%.

Novos achados têm sido publicados com relação a estudos seriados de populações-sentinela, como os conscritos do exército brasileiro, ainda uma

vez reforçando a apreciação de que a epidemia brasileira segue sendo uma epidemia concentrada, com diferenciais regionais relevantes e concentração em segmentos específicos (por exemplo, os jovens oriundos dos estratos mais pobres da população). Os trabalhos de Brito et al. (2005) e Dourado et al. (2006) corroboram essas conclusões, a partir de uma análise do SINAN-AIDS e outros grandes bancos de dados de abrangência nacional.

Em Cuiabá, Mato Grosso, foi realizado um inquérito visando a mensurar a prevalência da infecção pelo HIV em puérperas atendidas em três hospitais conveniados com o SUS, obtendo-se uma prevalência média de 0,5% (IC95%= 0,2-1,0), ainda uma vez corroborando os achados dos estudos-sentinelas e as estimativas daí derivadas.

Para além da vigilância tradicional de casos de aids, destacam-se iniciativas de monitoramento molecular da evolução do HIV-1 e da disseminação de subtipos específicos em determinados contextos e populações. Em que pese a inevitável perda de informações a partir da simplificação, é possível resumir esse conjunto de achados em uma tendência geral à diversificação e complexificação progressivas da epidemia brasileira em termos da diversidade viral, mantidas algumas especificidades regionais, como a presença particularmente relevante do subtipo C na região sul do País.

Em decorrência dessa progressiva diversificação e complexificação, e do fato de a epidemia em um país de imensas dimensões e marcante heterogeneidade ser, na verdade, um mosaico inter-relacionado de subepidemias de caráter regional e/ou que afetam populações específicas, observa-se uma tendência, de todo esperada, de interpenetração e recombinação de subtipos virais, com a emergência de formas recombinantes, algumas delas de relevância epidemiológica.

Um segmento populacional que vem sendo objeto de monitoramento cuidadoso é o de usuários de drogas. Um estudo realizado por Hacker et al. (2006) reconstruiu a dinâmica da epidemia de aids entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) brasileiros, sumarizando os contrastes temporais e geográficos dos casos de aids pertencentes a esta categoria de exposição, evidenciando que os casos de aids entre UDI parecem se concentrar em municípios de maior renda e infra-estrutura, especialmente ao longo de corredores de tráfico, com destaque para a faixa litorânea sul em anos recentes. Diversos estudos empíricos procederam ao monitoramento das taxas de infecção entre usuários de drogas injetáveis.

Observa-se uma nítida tendência de declínio da participação proporcional dos UDI na epidemia brasileira, mesmo na região Sul, onde eles até então tinham papel de destaque. As explicações mais plausíveis desse declínio compreendem a saturação desse segmento populacional, de magnitude relativamente diminuta, o impacto dos programas de prevenção e a mudança comportamental espontânea, e, acima de tudo, ao que parece, a transição de vias, no sentido do abandono da via injetável em prol das vias inalada e fumada

de utilização da cocaína e do crack. Essas tendências, verificadas, até então, na região Sudeste e em Salvador, Bahia, foram recentemente documentadas no Sul do Brasil.

Com o progressivo declínio da participação dos UDI na epidemia brasileira, parece ganhar relevância específica a superposição de diferentes categorias de exposição, como na dupla exposição, parenteral e sexual, de UDI que fazem sexo com outros homens.

Ainda são escassos, no Brasil, artigos que tematizam, não determinadas populações (neste caso específico, usuários de drogas injetáveis), mas programas que a elas se destinam, nas suas características operacionais. Tal análise foi empreendida de forma pioneira por Fonseca et al. (2006), que avaliaram um conjunto de 45 programas de troca de seringas. Numa perspectiva comparativa internacional referente a estes programas, o pesquisador australiano David Burrows (2006) analisa e compara os programas de redução de danos em operação no Brasil, Bangladesh, Belarus (Bielorrússia), Ucrânia, Federação Russa e China. Análise posterior evidenciou mudanças na operação desses programas no contexto da descentralização das ações em aids no Brasil, por um estudo de caso referente ao Rio de Janeiro.

Pelo fato de a aids ser uma síndrome que debilita o sistema imunológico e que tem em comum com inúmeros outros patógenos as vias de transmissão (sexual e sanguínea), não é raro que o indivíduo infectado pelo HIV apresente também outras doenças infecciosas. Embora na era pós-HAART sejam escassos os trabalhos sobre doenças oportunistas (que se tornaram bastante raras nos pacientes sob adequado tratamento), sobressaem condições específicas, como é o caso da tuberculose, presente mesmo em pacientes com razoável grau de imunocompetência, além da co-infecção com outros retrovírus, como o HTLV-II, com o herpesvírus tipo II (Santos et al., 2006), além da co-infecção HIV/hepatite C (HCV) e da co-infecção HIV/hepatite B (HBV).

O trabalho de Mussi et al. (2007) evidenciou, no estado do Mato Grosso, uma baixa prevalência da co-infecção HIV/HCV, o que seria de se esperar num contexto com a escassa participação de UDI (população central à disseminação do vírus da hepatite C). Surpreende, no entanto, a baixa prevalência da co-infecção HIV/HBV numa região onde o vírus da hepatite B tem elevada endemicidade e são relativamente freqüentes as superinfecções pelo vírus defectivo da hepatite delta. A co-infecção HIV/HCV mostra-se especialmente relevante, de forma em tudo similar ao que ocorre em todo o mundo, na população de UDI, na qual representa um elemento central na elevada morbimortalidade desta população.

No âmbito da vigilância epidemiológica de segunda geração (comportamental), analisaram-se os achados de uma amostra de base populacional referentes aos conhecimentos sobre o HIV/aids, práticas e comportamentos sexuais da população brasileira (15 a 64 anos). Esse conhecimento mostra-se bastante satisfatório, mas com diferenciais relevantes por renda e nível educacional, estratos onde as práticas sexuais de risco se mostram mais freqüentes.

Outros trabalhos na área de vigilância comportamental vêm sendo desenvolvidos em estudos de abrangência local/regional, como junto a escolares de Santa Catarina e estudantes de escolas públicas e privadas de São Paulo. O grau de informação acerca das DST e do HIV/aids mostrou-se adequado, ainda que com diferenciais relevantes associados ao status econômico, e razoável, com influências negativas de alguns pares e dos meios de comunicação, em São Paulo e Santa Catarina, respectivamente. Já o conhecimento acerca da anticoncepção mostrou-se inadequado, tanto entre estudantes pobres de escolas públicas, como entre estudantes de classes médias e altas de escolas privadas de S. Paulo.

Farias e Cardoso (2005) analisaram os óbitos por aids ocorridos em São Paulo no período de 1994-2002 e suas possíveis associações com índices de inclusão/exclusão social, sugerindo que as condições socioeconômicas das áreas podem exercer um papel determinante nas taxas de mortalidade, mais elevadas em contextos de pobreza.

Em 2007, outro estudo, realizado em São Paulo, analisou como a introdução da terapia anti-retroviral e o diagnóstico precoce determinaram um aumento da sobrevivência de pacientes com aids, sendo estes achados consistentes com pesquisas anteriores, que documentam um dramático aumento da sobrevivência de pessoas vivendo com aids, em nível nacional e nos diversos contextos locais e regionais do país a partir da introdução da HAART.

### Transmissão vertical

Com a mudança nos padrões da disseminação do HIV, ao longo da última década, e a progressiva feminização da epidemia no Brasil, o aumento do número de casos de aids entre mulheres trouxe como consequência o aumento de casos pediátricos secundários à transmissão vertical (transmissão materno-infantil). No entanto, com a adoção sistemática do Protocolo ACTG 076 (que demonstrou a efetividade da zidovudina (AZT) na redução da transmissão vertical do HIV), e a evolução do uso de TARV combinada em associação a outras medidas preventivas, observa-se uma tendência parcialmente contraposta à primeira, ou seja, a despeito de um aumento moderado do número de casos secundários à transmissão vertical, nota-se, de forma consistente, uma redução progressiva da razão de casos observados x esperados de aids pediátrica por transmissão vertical para crianças nascidas a partir de 1997, em todo o Brasil. Redução semelhante também foi evidenciada em estudo realizado em grávidas de diferentes países da América Latina e Caribe.

Ou seja, os casos de aids pediátrica secundários à transmissão vertical, mais numerosos desde meados dos anos oitenta até meados dos anos noventa, época em que a epidemia apresentava um caráter nitidamente masculino (ao longo da década de 1980), sofreram rápido declínio a partir da introdução de intervenções adotadas, de grande eficácia, desde 1997.

Contudo, cabe observar que o fenômeno de redução do número de casos observados frente aos esperados não se dá de forma uniforme nas diversas regiões e segmentos populacionais do país, com importantes diferenciais em detrimento de populações mais pobres e/ou localidades mais pobres e distantes dos grandes centros urbanos.

Provavelmente motivados por essas marcantes desigualdades e assimetrias, vêm sendo desenvolvidos estudos de cunho local e regional em anos recentes, compreendendo a região Sudeste, o município de Campos, no Rio de Janeiro, a cidade de Vitória, os estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul, bem como sobre as medidas de controle da transmissão materno-infantil no município de Santos, São Paulo.

No âmbito de pesquisas sobre a resistência viral primária entre mulheres que fazem uso da terapia anti-retroviral para prevenir a transmissão vertical, destaca-se o estudo recente de Duran et al. (2007), pela sua abrangência supranacional. Mais recentemente, vêm sendo publicadas pesquisas que levam em conta características diferenciais de subtipos virais e de polimorfismos em regiões virais específicas enquanto fatores determinantes de uma maior ou menor transmissão materno-infantil.

Apesar da vasta literatura sobre a transmissão vertical, ainda são poucos os estudos sobre crianças e adolescentes afetados pela aids. França-Junior et al. (2006), em seu estudo sobre essa população, sugerem que sejam criados/adaptados registros especialmente destinados a prover informações sobre os menores infectados e os afetados (órfãos ou não) pela epidemia de aids no Brasil. Ressaltam, ainda, que existe uma grande preocupação com esses indivíduos em relação à promoção, proteção e atendimento de seus direitos humanos fundamentais, mas que, apesar disto, as medidas práticas tomadas em relação aos impactos causados pela epidemia em crianças e adolescentes ainda são limitadas.

## Testagem e aconselhamento

A estimativa da incidência e o conhecimento das características dos recém-infectados pelo HIV são de extrema importância para uma melhor compreensão da dinâmica da epidemia. Diferentes algoritmos de testagem que permitem a estimativa da incidência com razoável precisão vêm sendo utilizados, incluindo o algoritmo de testagem denominado STARHS.

Mais recentemente, um novo algoritmo, aparentemente mais preciso quanto às estimativas daí advindas, o algoritmo BED, vem sendo amplamente utilizado em nosso país e em todo o mundo, embora até o momento, aparentemente, não tenha sido documentado em publicação brasileira indexada.

Diversos serviços vêm implementando estratégia de utilização de testes rápidos para detecção do HIV, principalmente entre grávidas, com o intuito



de minimizar o tempo entre diagnóstico e intervenção, expandir a testagem para o HIV na população e propiciar intervenções rápidas e efetivas.

Ferreira Junior et al. (2005) compararam a sensibilidade e especificidade de 7 diferentes testes rápidos para o HIV em um estudo promovido pelo Ministério da Saúde e o *Centers for Disease Control and Prevention* - CDC. Quatro testes rápidos tiveram o melhor desempenho dentro dos critérios analisados e foram utilizados para a construção de um algoritmo para o diagnóstico rápido da infecção pelo HIV, possibilitando, assim, a ampliação do acesso a este diagnóstico no Brasil.

Outra linha de pesquisa tematiza não os aspectos técnicos da testagem em si, mas sim as características do aconselhamento ou ainda a recepção do aconselhamento por parte das mulheres (no caso, puérperas) testadas.

Finalmente, trabalhos recentes vêm procurando sistematizar dados provenientes de Centros de Testagem e Aconselhamento, com ênfase no perfil de risco de populações específicas, como os usuários de drogas, assim como as taxas de co-infecção HIV/HTLV I/II entre a clientela de um CTA de Porto Alegre.

## Prevenção e suporte psicossocial

Recente revisão aponta para deficiências no âmbito do suporte psicossocial para pacientes vivendo com HIV/aids na ampla maioria dos países em desenvolvimento, que ainda se vêem às voltas com questões básicas, a exemplo de como melhorar sua infra-estrutura de atenção e dispor de medicamentos anti-retrovirais de forma contínua e sustentada. O estudo de Sadala & Marques (2006), mostra que, sob a ótica dos profissionais de saúde, ainda existe um comportamento discriminatório com relação a estes pacientes, evidenciando, assim, um preparo inadequado desses profissionais no contexto de centros de saúde/hospitais que não atendem exclusivamente estes pacientes. As autoras retomam, grosso modo, as conclusões dos trabalhos anteriores de Malta et al. (2005) e Fehringer et al. (2006).

A persistência do estigma e da discriminação direcionados ao HIV e às demais DST e a necessidade de implementar ações visando minimizá-los e, se possível, removê-los enquanto barreiras relevantes ao cuidado apropriado, à aderência à medicação e à prevenção entre pessoas vivendo com HIV/aids é enfatizada pelo grupo de pesquisa Fiocruz-Johns Hopkins.

Artigos recentes apontam para as necessidades específicas de segmentos como os das mulheres que fazem sexo com mulheres, profissionais do sexo e jovens (Ayres et al., 2006), o que deve se traduzir na formulação e oferta de estratégias de suporte psicossocial em sintonia com essas necessidades. O trabalho em curso que reúne profissionais da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade de Colúmbia, Nova Iorque, EUA, vem procurando analisar em profundidade e formular alternativas de prevenção, manejo e tratamento para pessoas com problemas mentais graves, vivendo com HIV/aids ou sob risco de se infectar.

## 3.2 Prevenção e Redução das Vulnerabilidades

Como já indicado na introdução, a epidemia de aids, no Brasil, está presente em todas as regiões e vem se disseminando de forma mais lenta nos últimos anos, refletindo o impacto positivo alcançado pela combinação de vários fatores. Questões como equidade de gênero, diversidade sexual e a promoção de direitos sexuais e reprodutivos ganharam força e destaque na agenda política do governo e dos diferentes movimentos sociais.

A luta pela cidadania baseada no respeito à diversidade, à equidade e a garantia de direitos passa a ser um objetivo a ser alcançado por todos. Destacam-se também a implementação de medidas preventivas como a promoção do uso de preservativos e a distribuição gratuita de preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante; comprovada mudança comportamental de certos segmentos populacionais; ações de intervenção e promoção do acesso ao diagnóstico e controle da doença, como a disponibilidade de testes de HIV, a profilaxia da transmissão vertical e a terapia anti-retroviral.

A noção de vulnerabilidade ao HIV passou a ser o referencial para discussão e problematização das questões relacionadas à prevenção, à ética e aos direitos humanos, estendendo às questões relacionadas ao acesso, à assistência e ao tratamento da aids num país marcado por profundas desigualdades sociais. Tais questões pressupõem uma abordagem estrutural para a compreensão dos processos relacionados a temas como: a desigualdade de poder nas relações de gênero, o estigma e a discriminação sexual, a discriminação étnica, e principalmente o estigma relacionado ao viver com HIV e aids.

O respeito e a promoção dos direitos humanos tornaram-se o pano de fundo no desenvolvimento de estratégias e práticas de promoção à saúde, prevenção, assistência e tratamento no Brasil. A saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, conforme explicitado na Constituição Brasileira de 1988 e nas normas reguladoras do Sistema Único de Saúde. Tornou-se essencial priorizar a implementação dos princípios de promoção e defesa dos direitos humanos e processos de organização comunitária para promoção de mudanças estruturais objetivando a diminuição da exclusão social e econômica como forma de redução das vulnerabilidades.

A vulnerabilidade também diz respeito, quase invariavelmente, a um processo resultante da desigualdade social e econômica da sociedade brasileira. Observamos, assim, que a vulnerabilidade ao HIV e à aids também varia de acordo com a oportunidade da população de ter acesso a políticas sociais e ao exercício da cidadania. Grupos sociais de baixa escolaridade e que se encontram em situação de pobreza são mais afetados e possuem menor capital

social para reverter essa desvantagem no que se refere à adoção de práticas sexuais mais seguras. Mas esta desvantagem também pode ser observada em outros contextos de vulnerabilidade, onde a violência, o preconceito e o estigma produzem anomia, isolam e condenam pessoas à morte. Para responder a essas questões, percebeu-se a necessidade do fortalecimento da multidisciplinaridade e da integralidade de ações e programas com outros setores estruturais relevantes como educação, assistência social e proteção no combate à epidemia.

Vêm sendo promovidas intervenções estruturais de âmbito governamental que impactam positivamente o acesso aos serviços de saúde e insumos de prevenção, dentre as quais se destacam as campanhas educativas continuadas e a integração da saúde com programas de erradicação da pobreza, de combate à discriminação, de promoção e proteção dos direitos humanos, de educação, de justiça, bem como com as outras ações e programas da área da saúde, com destaque para as áreas de hepatite, tuberculose, malária e os programas de saúde da mulher, saúde do adolescente e saúde mental. Para tanto, leis, políticas e programas governamentais foram implementados nos últimos anos, como os programas de enfrentamento da homofobia (Programa Brasil Sem Homofobia), de combate ao racismo (Programa Afroatitude), de enfrentamento da feminização da epidemia e o programa “Saúde e Prevenção nas Escolas”. Todos esses programas integram o Plano de Aceleração do Crescimento – PAC “Mais Saúde” e o Plano Plurianual do governo federal.

### **Programa Saúde e Prevenção nas Escolas**

Resultado de uma iniciativa governamental entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, em parceria com UNICEF, UNFPA e UNESCO, é uma estratégia que articula governo e organizações da sociedade civil para a promoção de ações integradas entre saúde e educação. Iniciado em 2003, vem aumentando suas atividades e se institucionaliza como um programa capaz de promover transformações nas concepções e metodologias que orientam o ensino da promoção da saúde, a educação sexual e os direitos sexuais e reprodutivos no âmbito do ensino fundamental e do ensino médio no País.

Destacam-se entre seus objetivos: realizar ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação; contribuir para a redução da infecção pelo HIV/DST e os índices de evasão escolar causada pela gravidez na adolescência ou juvenil, na população de 10 a 24 anos; fomentar a participação dos jovens nos espaços de formulação e execução de políticas públicas de prevenção das DST/aids e do uso nocivo de drogas; apoiar as diferentes iniciativas que trabalham com promoção da saúde e prevenção nas escolas e instituir a cultura da prevenção nas escolas e entorno.

A partir de 2005, esse programa passou a se constituir em uma referência de política integrada com recursos orçamentários próprios dos dois ministérios. É importante destacar que para monitorar e acompanhar a implantação do programa nos estados e municípios, o Governo Federal incluiu no censo escolar questões para aferição do grau de implementação das ações de prevenção em DST e aids e saúde sexual e reprodutiva. Os dados do censo

de 2006 mostraram que mais de 90% das escolas desenvolvem algum tipo de ação com temas relacionados às DST e aids e/ou correlatos durante o ano letivo. Dessas escolas, 18% do ensino médio e 9% do ensino fundamental têm programas de distribuição gratuita de preservativos. O desafio do governo é tornar mais freqüente e regulares essas ações mediante a implantação do programa, ampliar acesso ao preservativo de forma contínua e sensibilizar os jovens a realizar o teste anti-HIV. Nesse sentido foram conduzidas duas importantes iniciativas: uma campanha de mobilização e sensibilização para a testagem dirigida às escolas, em parceria com o UNICEF e a MTV e o prêmio de desenvolvimento de dispensadores de preservativos, que envolveu mais de 20 escolas técnicas federais do País.

### **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e DST**

Lançado pelo presidente Lula em 2007, esse Plano é resultado de um esforço conjunto da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e do Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids e da Saúde da Mulher. Um dos aspectos importantes do plano é o reconhecimento da força da articulação intersetorial para enfrentar os problemas derivados da epidemia de HIV/aids e outras DST, envolvendo diversos setores de governo, a sociedade civil organizada e organismos internacionais, especialmente aqueles com mandatos para as mulheres como UNFPA e UNIFEM. Além disso, é importante destacar que a perspectiva de gênero adotada nessas políticas, em que se explicita a desigualdade entre os papéis dos homens e das mulheres, somada às condições socioeconômicas, fatores de pertença étnica, formas de orientação sexual, aspectos culturais e morais e outros elementos como violência sexual e doméstica e violência simbólica, contribui para acentuar ou minimizar as condições de vulnerabilidade das mulheres para as DST e para a infecção pelo HIV, e para as formas de resposta daquelas que já vivem com o HIV/aids.

Visando, portanto, a reduzir as condições de vulnerabilidade e promover a defesa dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, o plano prevê cinco objetivos principais que buscam promover o acesso universal à atenção integral em DST/aids pra as mulheres; reduzir a morbidade das mulheres relacionadas às DST; reduzir os índices de violência sexual e doméstica contra as mulheres; reduzir a transmissão vertical do HIV e da sífilis e promover a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/aids.

Uma estratégia importante e também um grande desafio para atingir os objetivos previstos no Plano é o envolvimento dos homens no processo. Nesse sentido, as ações propostas contemplam a inserção de atividades voltadas para a sensibilização e envolvimento dos homens nas estratégias de prevenção das DST/aids e do enfrentamento da violência contra a mulher durante todo o processo de implantação e implementação do Plano.

A estratégia adotada para a operacionalização do Plano em nível nacional foi a realização de oficinas macrorregionais. Nessa perspectiva, foram implementadas três macrorregionais: região Sudeste (Rio de Janeiro, São

Paulo, Espírito Santo e Minas Gerais); região Nordeste 1 (Maranhão, Piauí, Ceará e Rio Grande do Norte); região Nordeste 2 (Bahia, Sergipe, Alagoas, Paraíba e Pernambuco); e região Sul. Já foram encaminhados ao PN-DST/AIDS cinco Planos Estaduais finalizados (Minas Gerais, Piauí, Rio de Janeiro, Sergipe e Rio Grande do Norte). Vale acrescentar que muitos dos estados que participaram das macrorregionais incluíram em seus Planos de Ações e Metas atividades vinculadas ao Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.

O enfrentamento da feminização da epidemia de aids não pode negligenciar ações dirigidas às prostitutas, seja no que diz respeito aos aspectos relacionados ao exercício da profissão, seja no campo das relações afetivas vivenciadas nos espaços da vida íntima dessas mulheres. Nesse sentido, o Programa Nacional de DST e Aids vem apoiando iniciativas diversas direcionadas a esse grupo, destacando-se: a realização da Avaliação da Efetividade das Ações de Prevenção das DST/aids dirigidas às Profissionais do Sexo em Três Regiões Brasileiras, implementada no período de 1999 a 2001; realização do Seminário Aids e Prostituição, em 2002; Realização da Campanha Maria Sem Vergonha, também em 2002; apoio técnico e financeiro ao Projeto Nacional Esquina da Noite, no período de 2002 a 2003; e apoio técnico e financeiro ao Projeto Nacional Sem Vergonha, ainda em implementação.

Ainda com a finalidade de reduzir o estigma e, por conseguinte, os contextos e fatores de vulnerabilidade, incluindo os obstáculos para o acesso universal das prostitutas à prevenção, tratamento e assistência às DST/HIV/aids, o Brasil foi anfitrião da Consulta Global em HIV/Aids e Trabalho Sexual, realizada no Rio de Janeiro em 2006. Em cumprimento ao documento de recomendações retirado da Consulta Global, o Brasil, no âmbito do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids da América Latina e Caribe (GCTH), organizou a Consulta Regional sobre HIV/Aids e Trabalho Sexual na América Latina e Caribe, que teve lugar em Lima – Peru, em fevereiro de 2007.

A Consulta Regional enfocou os seguintes pontos-chave: lacunas entre a política e a prática no âmbito do acesso universal para a prevenção, tratamento e assistência a trabalhadoras/es sexuais; proteger, promover e sustentar os direitos humanos das/os trabalhadoras/es sexuais, seus clientes e outros atores; compreender o alcance da sexualidade no trabalho sexual e suas necessidades e interesses no contexto da prevenção, tratamento e assistência do HIV/aids; eliminar o estigma e a discriminação que afetam o acesso universal por parte das/os trabalhadoras/es sexuais e fortalecer uma resposta não discriminatória dos sistemas de saúde; aumentar o conhecimento e envolver os líderes políticos da região e outros atores na discussão sobre HIV/aids e trabalho sexual, visando uma resposta multissetorial ao HIV/aids. Ainda nesse contexto, o Brasil está organizando a Consulta Nacional sobre DST/aids, Direitos Humanos e Prostituição, como uma das agendas políticas que subsidiam o enfrentamento da feminização da aids. A Consulta acontecerá em Brasília, em fevereiro de 2008.

## Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita

Uma das metas do Pacto pela Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde em 2006 e pactuado pelas três esferas de governo, é a redução da mortalidade materna e da mortalidade infantil. A transmissão vertical da sífilis e do HIV determina maiores incidências de perdas gestacionais e de ocorrências de doenças congênitas (aids e sífilis), quando não há abordagem correta. O governo federal lançou, em outubro de 2007, um plano nacional com metas para redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis até 2011. Com o plano, pretende-se aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal. Prevê-se a ampliação do número de testes de sífilis realizados pelo SUS em gestantes de 2,1 milhões, em 2006, para 4,8 milhões, em 2008, e de testes de HIV, de 1,4 milhão para 2,3 milhões no mesmo período.

O plano para redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis soma-se aos esforços para a redução da incidência da aids em menores de 13 anos por transmissão vertical e a eliminação da sífilis congênita no país, considerando a adequação da rede de atenção, revisando fluxos de referência e contra-referência entre os serviços de pré-natal e laboratórios de testagem, inclusive usando novas tecnologias como o teste rápido e a disponibilidade de tratamento adequado para as gestantes com sífilis, implantação da vigilância de sífilis em gestantes em todos os municípios, ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e da sífilis em gestantes/parturientes e em crianças expostas.

## Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros HSH e Travestis

Este plano sintetiza uma intensa mobilização do governo e da sociedade civil para definir políticas públicas dirigidas a esses setores sociais. O Plano estabelece duas agendas diferenciadas: a Agenda Afirmativa para Gays e outros HSH e a Agenda Afirmativa para Travestis. A implementação dessas duas estratégias busca contribuir para a melhoria do acolhimento, ampliação da cobertura e da resposta à epidemia de aids entre esses grupos, no contexto do Sistema Único de Saúde, e outros setores responsáveis pela execução do Programa Brasil Sem Homofobia, fortalecendo os esforços para criar políticas e ações de caráter intersetorial e transversal para o enfrentamento da epidemia no período de 2007 a 2011.

A formulação do Plano contou com a colaboração e aporte de vários parceiros, incluindo representantes dos movimentos de aids e de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT), de Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA), pesquisadores, gestores, gerentes e profissionais de saúde. Foi realizada uma Consulta Pública deste Plano disponibilizada pela Internet durante um mês, tendo sido recebidas 94 contribuições relativas tanto ao documento base quanto às metas e atividades do Plano, oriundas tanto da sociedade civil quanto de serviços e programas de saúde. Na seqüência, o Plano foi aprovado na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), instância que congrega secretários estaduais e municipais de saúde e o Ministério da Saúde.

O Plano e sua implementação também constituirão tema de debate no âmbito da Conferência Nacional de Políticas Públicas de Promoção da Cidadania GLBT, que será realizada em maio de 2008.

### Redução de danos

Quanto à prevenção da transmissão do HIV entre Usuários de Drogas Injetáveis - UDI, a estratégia de Redução de Danos para UDI vem se fortalecendo ao longo dos anos, como importante estratégia de saúde pública do País, adotada pelo Ministério da Saúde desde 1994 e que contou desde o princípio com a parceria do UNODC, por intermédio de ações intersetoriais para promoção de direitos dos usuários de drogas injetáveis. No ano de 2000 a estratégia passou a compor a Política Nacional Antidrogas e cinco anos depois foi regulamentada no Sistema Único de Saúde, nos serviços de saúde mental. Os modelos de prevenção e de tratamento da dependência química dos serviços de saúde do Brasil seguem as ações de redução de danos, vinculadas às diretrizes da Política Nacional de Álcool e Drogas, apresentada no documento *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Essa política compreende ações de informação e educação do usuário sobre os danos relacionados ao uso de drogas, distribuição de preservativos e de equipamentos para a injeção segura, diagnóstico e o tratamento da aids, hepatite e de outras doenças transmitidas pelo sangue, bem como o estímulo à participação efetiva dos usuários de drogas.

### Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids e Ações Estratégicas com População Indígena

Lançado em agosto de 2005, em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), tem como objetivo integrar as políticas de ações afirmativas, um compromisso do governo federal, com as ações de controle da epidemia de HIV e aids.

O programa estabeleceu 30 metas para melhorar a qualidade da assistência à aids para a população negra e promover políticas afirmativas nos setores envolvidos. Esse plano previu, entre outras metas, a revisão da literatura sobre as relações entre o HIV/aids e a população negra, o enfrentamento do racismo institucional, inclusão do tema igualdade racial nas capacitações de aids, a gestão e financiamento por dois anos do Brasil Afroatidade, e a revisão da qualidade na assistência. O plano também avalia a necessidade de mudanças nas estratégias de comunicação e revisão de literatura científica sobre aids e suas interfaces com as doenças mais comuns à população negra, como a anemia falciforme.

O Programa Afroatidade é expressão de uma ampla articulação entre o estado e a sociedade civil organizada para a criação de políticas sociais que protejam e promovam, no âmbito da luta contra a epidemia da aids, a diversidade sexual, racial, étnica, e seu papel na implementação de estratégias de prevenção, assistência e defesa dos direitos humanos. Entre 2005 a 2007 foram realizadas: uma campanha no Dia Mundial de Luta Contra a Aids específica sobre o

tema aids, racismo, outras DST e População Negra; capacitação e inserção de jovens negros no Programa “Saúde e Prevenção nas Escolas”; Programa Brasil Afroatitude, com 500 bolsas para alunos cotistas de 10 universidades, e elaboração de publicação com os resumos dos trabalhos desenvolvidos pelos alunos bolsistas; financiamento de 17 pesquisas sobre HIV/aids e População Negra; a I Mostra Brasil Afroatitude e o I Encontro Nacional dos Estudantes do Brasil Afroatitude, além de apoio a 10 encontros estaduais e/ou regionais; apoio a ações do movimento social negro no enfrentamento das DST/aids.

Em relação à população indígena, o Programa passou a conduzir, em parceria com a Fundação Nacional de Saúde, a implantação de programas e ações de controle da epidemia e de outras DST no subsistema de atenção à população indígena, que compreende uma rede nacional organizada em 34 distritos sanitários especiais. Produziu inúmeros materiais educativos culturalmente orientados para as diferentes etnias e contextos de vulnerabilidade da população indígena e está em curso a iniciativa de ampliação do acesso ao diagnóstico da sífilis e do HIV com a adoção do teste rápido.

## Alguns Resultados

Entre os esforços para a redução da transmissão sexual do HIV, os resultados obtidos no País para a promoção do uso do preservativo são visíveis. O acesso ao preservativo masculino para a população brasileira aumentou significativamente entre 1998 a 2005. A aquisição de preservativos masculinos pelo governo brasileiro foi ampliada de 18 milhões de unidades em 1993 para 1 bilhão de unidades em 2007. Em relação ao preservativo feminino, o governo brasileiro vem adquirindo bianualmente quatro milhões unidades. Para 2008, está prevista a aquisição de 7 milhões de unidades de preservativo feminino.

O início do funcionamento da fábrica de preservativos que produzirá o insumo com o látex de seringal nativo do município do Xapuri, no estado do Acre, ocorrido no final de 2007, é um passo importante no aumento da capacidade tecnológica do país para produzir o insumo de prevenção mais importante disponível hoje. Esta iniciativa promove efeitos não apenas nas possibilidades de aumento do consumo do preservativo, mas propicia inserção da população local em fontes de emprego, promove desenvolvimento sustentável e responsabilidade ambiental. Também demonstra a articulação entre diversos organismos de governo como os Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia, do Meio Ambiente e os governos locais. A previsão inicial de produção é de cem milhões de preservativos por ano, com capacidade de ampliação até duzentos milhões.

Segundo pesquisa sobre o comportamento sexual do brasileiro, realizada pelo CEBRAP e o Ministério da Saúde (2005), 59% dos jovens de 15 a 24 anos usaram camisinha na primeira relação sexual, 84% sempre usam o preservativo com parceiro casual, e 56% o usaram com parceiro fixo ou na última relação sexual. Pesquisas nacionais mostram que a proporção de indivíduos que inicia a vida sexual usando preservativo aumentou de 47,8% em 1998 para 65,8% em 2005. A adesão ao preservativo é maior entre as pessoas mais jovens e com primeiro grau completo. E é menor entre mulheres, homens negros e na região Centro-Oeste. A população jovem brasileira, de 15 a 24 anos, é a



que faz uso mais freqüente do preservativo. Analisando os dados disponíveis sobre a população jovem do país, é de extrema importância ressaltar que a idade média de iniciação sexual do brasileiro não teve alterações significativas entre os períodos de 1998 (H=15,25 e M=16,0) e 2005 (H=15,0 e M=15,9).

Estes resultados evidenciam que as políticas de prevenção adotadas no país, nas últimas décadas, como a educação sexual nas escolas e a promoção do uso do preservativo para jovens, reforçaram as práticas de sexo mais seguro, e por outro lado, que as estratégias de prevenção adotadas não alteraram a média de idade da iniciação sexual, contrariando o discurso de base ideológica e conservadora de alguns países contra a educação sexual e a promoção do preservativo para adolescentes e jovens.

Por outro lado, as práticas de prevenção estão focalizadas na promoção do sexo protegido, particularmente, no uso do preservativo masculino e feminino, do gel e outros insumos de prevenção (como seringas e agulhas descartáveis), e não na redução de parceiros. Além disso, para algumas populações mais vulneráveis como trabalhadores (as) sexuais, a redução de parceiros se traduz numa posição também conservadora e de cunho ideológico, contrária às políticas públicas de saúde e de redução das vulnerabilidades, do estigma e do preconceito.

O percentual de pessoas testadas para o HIV (de 15-54 anos) também cresceu significativamente nos últimos sete anos, passando de 20% em 1998 para 28,1% em 2004 e 32% em 2005. Estes percentuais são mais elevados em gays, 70% no Distrito Federal (amostra de 465) e 60% em Campinas (amostra de 602); e entre profissionais do sexo, 49% no grupo de intervenção e 36% no grupo que não recebeu intervenção, em uma amostra 2.712 mulheres entrevistadas.

Atualmente, as mulheres de 25 a 39 anos compõem a maior parte da população testada. Resultado associado à incorporação do teste à rotina do pré-natal. Há no País 383 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e está em curso o processo de descentralização do diagnóstico para a rede básica de saúde, com incorporação do teste rápido na rotina dos serviços, em especial os de mais difícil acesso.

Na esfera internacional, notamos que existe atualmente uma tensão crescente entre as propostas de prevenção mais orientadas para a promoção do uso de técnicas biomédicas, como os microbicidas, as profilaxias pré e pós-exposição (com o uso de anti-retrovirais como o Tenofovir) e circuncisão em homens adultos, e as estratégias de abordagem educativas e de modelos mais participativos e integrados.

Tendo em vista as recomendações da OMS sobre a circuncisão masculina, como uma medida de prevenção eficaz em países com prevalência maior que 15% e onde homens heterossexuais representem um forte contingente entre os infectados pelo HIV/aids (WHO/UNAIDS, 2007), o Brasil considerou não ser pertinente a promoção da circuncisão como forma de prevenção da transmissão sexual do HIV e de outras DST, já que o país não apresenta um padrão de epidemia correspondente aos critérios da OMS. No entanto, cabe ressaltar que a política pública brasileira de prevenção considera que a prática da circuncisão não poderia ser a única medida adotada, e que os fatores

culturais e sociais locais devem ser levados em conta tanto para a adoção de tal procedimento, como também para avaliar o seu impacto nas negociações do uso do preservativo masculino para a proteção da mulher e do homem.

Quanto aos microbicidas, os últimos relatos das pesquisas internacionais demonstraram importantes limitações e apontam para a derrota dos métodos de proteção iniciados ou controlados pelas mulheres, dos quais os microbicidas constituem um elemento essencial. Por outro lado, o fracasso do protocolo vacinal, até então mais promissor, traduz-se em uma necessidade imperiosa de apostar, ainda mais, nas alternativas de prevenção a serem permanentemente implementadas e monitoradas na esfera psicossocial, com a informação e educação sexual, a promoção do uso do preservativo e as práticas de redução de danos para usuários de drogas injetáveis.

Alguns dos desafios atuais estão relacionados às limitações encontradas na superação das iniquidades regionais para possibilitar o acesso universal a serviços de prevenção, assistência e tratamento em HIV/ aids para todas as regiões do país. Alguns destes dizem respeito a características de magnitude geográfica e de diversidades culturais das regiões, mas também às limitações de disponibilidade de recursos para investimentos na área da saúde como um todo. Por outro lado, existe também uma dificuldade em prover de forma sustentável políticas universais de acesso a insumos estratégicos de prevenção.

### 3.3 Direitos Humanos

O respeito e a promoção dos direitos humanos tornaram-se o pano de fundo no desenvolvimento de estratégias e práticas de promoção à saúde, prevenção, assistência e tratamento no Brasil. A saúde é um direito do cidadão e dever do Estado conforme explicitado na Constituição Brasileira de 1988 e nas normas reguladoras do Sistema Único de Saúde.

O conceito de direito à saúde é amplo e complexo, relaciona-se diretamente com a liberdade e igualdade e possui, simultaneamente, um caráter público e privado, coletivo e individual.

Isto significa que a sua realização pressupõe o equacionamento de diferentes variáveis, tais como: cidadania, dignidade da pessoa humana, valor social do trabalho, uma sociedade justa e solidária, fim da pobreza e das desigualdades sociais e regionais e promoção do bem de todos, conforme o previsto nos artigos 1º e 3º da CF/88.

Uma ampla discussão por toda a sociedade sobre o direito à saúde se faz necessária para que os indivíduos participem e se identifiquem nos processos decisórios que, por vezes, precisam estabelecer padrões desiguais para assegurar a equidade.

A questão dos direitos humanos pode ser claramente observada como eixo transversal em todas as áreas temáticas das ações do Programa Nacional de DST/aids contidas neste relatório.

Os desafios da resposta brasileira à epidemia de HIV/aids estão mais relacionados ao fortalecimento de políticas públicas e do cumprimento da legislação para prevenir todas as formas de discriminação e promover a defesa dos direitos humanos de pessoas vivendo com HIV/aids e das populações mais vulneráveis.

Em 2006 foi concluído um levantamento da legislação brasileira sobre direitos humanos e DST/aids que incluiu, além da legislação nacional, a legislação estadual e municipal. Esse levantamento foi publicado e divulgado junto às organizações que atuam na temática do HIV/aids, organizações de defesa de direitos humanos, órgãos da justiça e da saúde.

Além disso, é estimulado o respeito a essa legislação com o incentivo à participação da sociedade civil na promoção e no monitoramento de direitos.

A partir do marco normativo de respeito aos direitos humanos, o governo brasileiro, visando a garantir o direito de acesso à saúde, implementou

estratégias de ampliação de cobertura de diagnóstico (testes rápidos), de acesso a insumos de prevenção (fábrica de preservativos), de atenção às pessoas com deficiências, além de planos específicos para populações em condições de maior vulnerabilidade.

Com a adoção da redução de danos no Brasil, importantes avanços no campo dos direitos humanos foram conquistados, além da promoção de leis que garantem o direito do usuário de drogas ao tratamento da dependência química de forma digna e não punitiva, bem como a garantia do acesso ao tratamento da aids, das hepatites e de outras doenças mais prevalentes entre usuários de drogas e álcool, de forma gratuita e confidencial.

A concepção de saúde como um direito fundamental e que deve prevalecer sobre interesses comerciais culminou com o licenciamento compulsório do medicamento Efavirenz no ano de 2007, buscando garantir o direito ao tratamento a milhares de pacientes que fazem uso do medicamento, conforme citado anteriormente.

O governo brasileiro tem buscado garantir o respeito aos direitos reprodutivos das pessoas que vivem com HIV/aids a partir da implementação de tecnologias de redução da transmissão vertical (plano de redução da transmissão vertical) e disseminação de informações à população.

A luta contra o estigma e discriminação continua sendo um desafio constante. Visando a garantir o respeito à privacidade das pessoas que vivem com HIV/aids, o governo brasileiro proporcionou a construção de ambientes adequados para revelação do diagnóstico nos serviços de saúde, inseriu o tema do respeito aos direitos humanos nos treinamentos de profissionais de saúde que manejam informações sobre pacientes vivendo com HIV/aids e promoveu ações de combate ao estigma e discriminação.

Uma das estratégias de enfrentamento dessa questão é o apoio a projetos de assessoria jurídica para defesa dos direitos das pessoas que vivem com HIV e aids no País, os quais contam com recursos específicos e um sistema de registro de casos de violações de direitos humanos relacionados com a questão do HIV/aids.

Cabe exemplificar algumas das ações estratégicas implementadas pelo governo brasileiro nos últimos anos e que estão direcionadas à inclusão social, ao combate da homofobia e ao racismo e à promoção da igualdade de gênero e suas interfaces com a epidemia de aids, no contexto das vulnerabilidades estruturais, programáticas e sociais:

- Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids – inclusão do tema racismo e sua interface com a vulnerabilidade;

- Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia do HIV/Aids e outras DST;

- Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e outras DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis – combate à homofobia e distinção das diferentes identidades de gênero e orientações sexuais;

- Apoio a projetos da sociedade civil - Assessorias Jurídicas;

- Plano de Inclusão Social para pessoas vivendo com HIV/aids;

Brasil Afroatitude  
Brasil Sem Homofobia  
Rede Nacional contra a Violência Sexual  
Comitê Saúde GLBTT/MS  
Comitê Saúde População Negra/MS  
CNCD - Comissão Nacional de Combate à Discriminação  
Comitê Brasileiro de Direitos Humanos em Política Externa  
Ações Programáticas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Com a aids, percebemos que a desigualdade, o preconceito, a discriminação, o racismo também são doenças graves que acometem grande parcela da sociedade brasileira. Entendemos que garantir, assegurar e promover saúde significa combater, tanto os males causados por vírus, bactérias e afins, como aqueles provenientes de valores morais conservadores, segregacionistas e reacionários.

### 3.4 Monitoramento e Avaliação

A institucionalização do monitoramento e da avaliação nas três esferas de governo, é uma das prioridades do Programa Nacional de DST e Aids, como ferramenta de gestão para subsidiar a tomada de decisão e viabilizar o controle social, com foco na melhoria dos programas. O Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação – PN M&A - do Programa Nacional de DST e Aids emerge em uma conjuntura nacional de crescente descentralização das ações de controle de agravos à saúde, de envolvimento de novos atores e de novos papéis para o Estado no setor e, particularmente, em um contexto de formação de novas culturas institucionais em monitoramento e avaliação no âmbito governamental.

Para a institucionalização, algumas estratégias foram adotadas:

#### 3.4.1 Implementação de um Setor para Coordenar as Atividades de M&A no PN

Tem como função potencializar a instituição do M&A no PN-DST/AIDS, em seus diversos níveis. Esse setor tem um acordo de cooperação técnica com os *Centers for Disease Control and Prevention, Global AIDS Program (CDC/GAP)*. Desenvolve as seguintes atividades:

- Coordenação da implantação e implementação de um plano nacional de M&A;
- Apoio à elaboração de planos de M&A estaduais;
- Definição e acompanhamento da rotina das atividades prioritárias – subsistemas de monitoramento e de avaliação;
- Divulgação das informações - subsistema de divulgação;
- Promoção e apoio às ações de descentralização e institucionalização do M&A - subsistema de capacitações e transferência de tecnologia.

#### 3.4.2 Identificação dos Usuários Potenciais da Avaliação

Compreende gestores, profissionais de saúde e outros parceiros envolvidos na luta contra as DST/HIV/aids.

#### 3.4.3 Identificação de Parceiros para a Operacionalização do M&A, com Capacitação em M&A (especialização ou mestrado):

- **Pontos focais de M&A.** A avaliação e o monitoramento, por componentes do programa, podem ser pensados como responsabilidades de um grupo

de avaliadores internos, constituído por técnicos das principais áreas do PN-DST/AIDS que são os responsáveis pelas atividades de M&A em suas respectivas áreas. Esse grupo tem por objetivos: a) disseminar e fortalecer a cultura da avaliação no âmbito do PN/DST/AIDS; b) compartilhar experiências e boas práticas em M&A; c) criar e divulgar banco de competências e de consultores em M&A. Atualmente o PN conta com 13 pontos focais distribuídos nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica (4); Assistência (1); Prevenção (2); Planejamento (1), Sociedade Civil e Direitos Humanos (2); Assessoria de M&A (2) e Unidade de Desenvolvimento Humano e Institucional (1).

- **Sítios de Excelência em M&A (5)** - Outra importante estratégia para descentralização das ações de M&A foi a implantação a partir de 2003 de cinco Centros de Excelência, com a finalidade de serem referências para M&A, em cada uma das cinco macrorregiões do Brasil, com efeito demonstrativo e multiplicador das atividades de M&A. Tiveram um papel fundamental no processo de capacitação em M&A voltado para os municípios que recebem incentivo para as ações de DST /aids.

#### 3.4.4 Capacitação de Recursos Humanos em M&A em Diferentes Níveis

- Para pactuar uma linguagem operacional e implementar uma prática pedagógica que, além de propiciar a reflexão, ofereça conteúdos e habilidades técnicas específicas, foi desenhada a **“Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa”**, com duração de 08 a 12 horas. No ano de 2007, foram realizadas 249 oficinas de capacitação em M&A para profissionais de municípios que recebem incentivos para as ações de DST/aids, além de Organizações da Sociedade Civil - OSC, totalizando 4.842 participantes.

Esse esforço teve por objetivo capacitar gestores, profissionais de saúde e parceiros envolvidos nas atividades de prevenção e controle das DST/aids, contribuindo para a qualificação do processo de planejamento e institucionalização do M&A dessas ações. Também foram apoiadas as iniciativas das secretarias estaduais e treinados profissionais de secretarias estaduais não capacitados em anos anteriores.

Traduzida para o espanhol, essa oficina vem sendo oferecida para profissionais de outros países da América Latina, dentro de um programa de cooperação para institucionalização do M&A nas ações de prevenção e controle do HIV/Aids e outras DST.

- Para aprimorar os mecanismos de monitoramento e avaliação de projetos de OSC financiados com recursos da Política de Incentivo, no âmbito dos Estados, foram realizadas **“Oficinas de Capacitação em M&A”** de 20 horas, para gestores de programas de aids, técnicos de outras áreas de gestão e organizações da sociedade civil nas 27 unidades da federação.
- Visando a fortalecer uma *expertise* em M&A para profissionais envolvidos na resposta ao HIV/aids foram desenvolvidos, a partir de 2004, pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz em parceria com o PN DST/Aids, **“Cursos de Especialização em M&A”**, que podem ser complementados com um **“Mestrado Profissionalizante em M&A”**. Foram formados 61 especialistas e 23 mestres.

- Para 2008 serão disponibilizados: um “**Curso de M&A à distância**” e uma capacitação para utilização do Qualiaids, como ferramenta de gestão para profissionais de saúde e gestores de Centros de Saúde de Referência.

### 3.4.5 Melhoria dos Sistemas de Monitoramento

**MONITORAIDS – Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/Aids.** Esse sistema fornecer, aos parceiros e à sociedade como um todo, informações que possibilitem acompanhar e melhorar a resposta brasileira ao HIV/ aids e outras DST. É constituído por um conjunto de 94 indicadores de relevância para monitorar a epidemia do HIV/aids e outras DST: **indicadores de contexto (20), indicadores relacionados ao programa (52) e indicadores de impacto(12).** Esses indicadores são atualizados periodicamente, sempre que a informação é disponibilizada, e divulgados na INTERNET: [www.aids.gov.br/monitoraids](http://www.aids.gov.br/monitoraids) e publicados regularmente.

A grande contribuição do MONITORAIDS é a padronização das informações e a superação do problema histórico oriundo do desencontro dos números e interpretação dos dados disponibilizados nos diversos meios de divulgação do Programa Nacional. Sob a ótica do M&A, esse sistema é o componente estrutural mais importante do Plano Nacional de M&A.

Implementação de outros sistemas:

- **Qualiaids** (programa de auto-avaliação da qualidade dos serviços);
- **Monitoramento da Política de Incentivos** (para acompanhar os repasses financeiros para estados e municípios);
- **Sistema de Monitoramento das Violações de Direitos Humanos em HIV/Aids;**
- **Sistema de Monitoramento das Ações desenvolvidas pela Sociedade Civil;**
- **Sistema de Monitoramento do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas;**
- **SISCEL** – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais;
- **SICLOM** - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos;
- **SI-CTA** - Sistema de Informação dos CTAs

### 3.4.6 Desenvolvimento de Estudos Especiais

- **Pesquisas de Comportamento, Atitudes e Práticas - PCAP** (para monitoramento de resultados), tais como a PCAP para a população geral (2004 e 2007) e o Estudo com Conscritos, para jovens entre 17-21 anos (1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2002, 2007).
- **Estudos com parturientes para monitoramento da prevalência do HIV e aspectos relacionados ao pré-natal** (1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2002, 2004 e 2006). A partir de 2006 foi desenvolvida uma proposta metodológica para estimar a taxa de prevalência de HIV entre parturientes com base em dados secundários.



- **Estudos de linhas de base para populações vulneráveis - HSH, Profissionais do Sexo e Usuários de Drogas**, com a utilização da metodologia Respondent Driving Sampling – RDS. Em andamento.
- **Estudo de linha de base para alimentação do Sistema de Monitoramento do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas**, com amostra representativa de escolares. Em andamento.
- **Estudos com pacientes em TARV**, com o objetivo de avaliar a adesão e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids. Em andamento.

#### 3.4.7 Realização de Avaliações Prioritárias

Como importantes estudos avaliativos estimulados/acompanhados pela ASMAV recentemente, destacam-se:

- **Avaliações de campanhas da mídia do Ministério da Saúde;**
- **Avaliações de desempenho, custo-efetividade, aceitabilidade do teste rápido como diagnóstico da infecção pelo HIV, bem como a avaliação de sua implantação no Amazonas;**
- **Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis;**
- **Avaliação da dispensação dos anti-retrovirais.**

Essas avaliações proporcionaram evidências que contribuíram para a melhoria de políticas de prevenção e controle.

#### 3.4.8 Apoio aos Planos de M&A de Estados e Municípios

As coordenações de estados e municípios que recebem incentivos para as ações de controle das DST/aids foram orientadas para incluir ações de M&A nos seus planos de ações e metas, bem como os passos necessários a serem dados para sua institucionalização; foram feitas recomendações para a elaboração do Plano de M&A com definição dos indicadores prioritários a serem incluídos, por nível de gestão.

#### 3.4.9 Apoio Tecnológico na Implementação de Planos de M&A de outros Países

É efetivado por intermédio do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids e do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV e Aids da América Latina e Caribe ((Panamá, República Dominicana, Guatemala, Equador), e do CDC/GAP e UNAIDS (Angola).

Uma importante contribuição aos objetivos da UNGASS realiza-se por meio da participação da sociedade civil neste processo de avaliação desde 2003, especialmente no que diz respeito à implementação das políticas públicas no âmbito local. Além de participar da mobilização que o Programa Nacional realiza para a implementação da avaliação, a sociedade civil também conduz

uma avaliação com base em sua própria perspectiva. Em 2007, o foco da avaliação das metas UNGASS pela sociedade civil pautou-se pela identificação dos temas de saúde sexual e reprodutiva contidos nas metas da Declaração, no mapeamento de questões relevantes para serem monitoradas e na definição de uma matriz de indicadores sobre saúde sexual e reprodutiva que dialoguem com os indicadores da UNGASS.

Esse processo foi conduzido pelo Fórum UNGASS Brasil, o qual é coordenado pela ONG GESTOS/Recife e GAPA /SP, com a participação de outros movimentos sociais como a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; Rede de Prostitutas, de Redução de Danos; Rede GAPA; Fóruns ONG/AIDS; Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas, entre outros.

Todos avanços na área de M&A tiveram como parceiros fundamentais a Fundação Oswaldo Cruz; os Centers for Disease Control and Prevention Global AIDS Program-Brazil (CDC/GAP), a Universidade de Tulane, da Universidade da Califórnia San Francisco e do município de San Francisco (EUA), que se fizeram presentes em diversos momentos, como no plano de capacitação; no processo de transferência de tecnologias, na alimentação e análise de bancos de dados; no acompanhamento, análise e divulgação de estudos.

## 3.5 Cuidado, Apoio e Tratamento

### 3.5.1 Compromissos, Metas e Indicadores de Monitoramento

O acompanhamento das metas e compromissos estabelecidos na Declaração sobre HIV e Aids, firmada na Assembléia Geral Especial das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNGASS), em 2001 (United Nations, 2001), ocorre por meio de três indicadores, que, em essência, mensuram resultados dos esforços para promover o acesso à terapia anti-retroviral, à qualidade dos serviços de atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV e ao tratamento da co-infecção tuberculose e HIV (ONUSIDA, 2007).

O indicador 4 – “Percentual de adultos e crianças com infecção avançada pelo HIV que recebem terapia anti-retroviral” – avalia os avanços alcançados na promoção do acesso aos medicamentos anti-retrovirais, estimando a proporção de pessoas que necessitam e utilizam os ARV, segundo critérios estabelecidos nas recomendações para terapia anti-retroviral, do Ministério da Saúde (Quadro I).

Os indicadores 6 e 24, relacionados à qualidade dos serviços prestados às pessoas vivendo com HIV, tratam do percentual de casos de co-infecção pelo HIV e tuberculose (TB) que estão em tratamento para os dois agravos e da estimativa da probabilidade de pessoas vivendo com HIV permanecerem vivas após 12 meses do início da terapia ARV. Indicadores que deverão, também, ser analisados por sexo e grupo etário (Quadro I).

Para o Brasil, esses indicadores foram estimados com base nos bancos de dados do Ministério da Saúde. As análises foram realizadas para os anos de 2003 a 2006, com informações por sexo, idade e unidades federadas do País.

Avaliou-se, ainda, a resposta nacional no cuidado de pessoas vivendo com HIV, considerando a organização e a evolução da rede de atenção e diagnóstico e a sustentabilidade da política nacional de acesso universal aos medicamentos ARV.

O quadro abaixo apresenta os dados brasileiros referentes aos indicadores da UNGASS para o capítulo de cuidado, apoio e tratamento.

**Quadro I** - Indicadores básicos para o seguimento da Declaração de compromissos sobre HIV/aids.

Indicador	Relatório 2007 (Dados 2006)	Relatório 2005	Observação
4. Porcentagem de adultos e crianças com infecção por HIV avançada que recebem terapia anti-retroviral.	Total: 94,8% (184.252 PVH) Mulheres: 95,3% (77.918 PVH) Homens: 94,5% (106.334 PVH)	185%* (166.500 PVH)	Proporção estimada para maiores de 15 anos, com estimativa do número de pessoas necessitando ARV, a partir dos bancos de informações assistenciais e epidemiológicos. Estimativa para 2006.
6. Porcentagem de casos estimados de co-infecção por HIV e tuberculose que recebe tratamento para a tuberculose e HIV.	53,0% - pacientes com TB que realizaram detecção para HIV (2006) 50,0% - taxa de cura de TB em pacientes com HIV (2004) 20,0% - taxa de óbito em pacientes com TB e HIV (2004)	Sem informação	Dados do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN-TB).
24. Porcentagem de adultos e crianças com HIV vivas e em tratamento após 12 meses de iniciada a terapia ARV.	Total: 97,2% PVH Mulheres: 97,8% PVH Homens: 96,8% PVH	Sem informação	Estimativa de sobrevivida, maiores de 15 anos com início de tratamento por ARV, em serviço público entre 2003 e 2006.

\* Esse valor foi calculado considerando-se os parâmetros propostos por UNAIDS no "Guidelines on Construction of Core Indicators 2003", i.e., 15% do número de pessoas infectadas pelo HIV.

### 3.5.2 Metodologia

#### Análise da resposta

A organização da rede de saúde para a atenção às pessoas vivendo com HIV foi analisada tendo-se por referência os serviços de assistência e de laboratórios do país e a sua relação com o número de pacientes em seguimento clínico e em uso de terapia ARV.

A análise foi realizada por meio da comparação do número de serviços existentes nos anos de 2004/2005 e 2007, com o objetivo de avaliar as taxas de expansão da rede de serviços, tanto em número absoluto, como em relação ao crescimento do universo de pessoas em tratamento no período. As informações têm como fonte os registros do Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS.

Para a rede laboratorial de contagem de célula T-CD4 e quantificação da carga viral foram analisadas as informações de produção registradas no âmbito do Sistema Único de Saúde, disponíveis no banco de dados do DATASUS para os anos de 2003 a 2006 ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acesso em 11 de janeiro de 2008). O número de exames de genotipagem teve como fonte dados o Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS.

Avaliou-se, também, a evolução da oferta do diagnóstico do HIV na rede pública de saúde, considerando dados de produção apresentados para faturamento no âmbito do Sistema Único de Saúde e que se encontram registrados pelo DATASUS.

A evolução da oferta do diagnóstico do HIV foi analisada em números absolutos e em relação à população brasileira, para os anos de 2003 a 2006, tendo sido investigadas informações para o Brasil e por região. Consideraram-se, na análise, os testes de triagem realizados pelo método ELISA e por teste rápido.

### **Análise da atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV**

As estimativas de sobrevivência e a análise da situação clínica e imunológica dos pacientes no início do seguimento clínico foram realizadas para pessoas vivendo com HIV, maiores de 15 anos e que são acompanhadas nos serviços públicos de saúde. Foram incluídos no estudo pacientes que realizaram pelo menos um exame de contagem de células T-CD4, ou que foram a óbito por aids ou doença associada, no período de 1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2006.

Como fonte de informação para elaboração dos três indicadores da UNGASS, foram utilizados bancos de dados provenientes dos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

O Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL), desenvolvido em 2000, está implantado em 92 laboratórios integrantes da rede pública de saúde. Tem por finalidades subsidiar o sistema logístico de medicamentos e insumos e acompanhar o perfil imunológico e viral dos pacientes tratados nos serviços públicos de saúde. Em 2006, a cobertura do sistema foi de 82,9%, para laboratórios de exames de CD4 e de 71,6% para laboratórios de exames de carga viral (informações gerenciais do Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS).

Segundo as normas do Ministério da Saúde, todo o paciente que inicia seguimento clínico deve realizar esses exames a cada quatro meses, ou em período menor, dependendo da avaliação médica.

Os registros do SISCEL foram relacionados com outros bancos de dados de âmbito nacional, com vistas a suplementar as informações existentes e incorporar outras. Os outros sistemas relacionados foram: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). O relacionamento deu-se por meio de método probabilístico

(relink), utilizando como parâmetro o nome do paciente, da mãe e a data de nascimento. A probabilidade de duplicidade de registro é de até 5%.

As informações provenientes do SISCEL utilizadas no estudo foram as demográficas, a referência ao uso de ARV e os resultados dos exames de CD4 e carga viral.

O SINAN é o sistema utilizado para notificação dos casos de aids no país. Como definição de caso de aids, o Brasil utiliza critérios clínicos (CDC adaptado e óbito) e laboratoriais (CD4 inferior a 350 células/mm<sup>3</sup>), não sendo de notificação obrigatória os casos de infecção pelo HIV. A cobertura do SINAN é de aproximadamente 70% e foram utilizadas as informações demográficas, as datas de diagnóstico, de óbito e registros sobre a presença de doenças associadas à aids.

O terceiro banco utilizado foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que compreende a notificação dos óbitos pelos profissionais de saúde. Foram utilizadas informações demográficas e de ocorrência de óbitos que têm como causa básica aids.

O quarto banco utilizado foi o SICLOM, que reúne informações sobre a dispensação de anti-retrovirais, estando implantado nos serviços de assistência às pessoas vivendo com HIV. Nesse banco de dados, estão disponíveis informações sobre o esquema terapêutico, dados demográficos e referências ao quadro clínico e imunológico dos pacientes.

### **Situação clínica e imunológica no início do seguimento em serviços de saúde**

Foi avaliada, para os anos de 2003 a 2006, a situação clínica e imunológica dos pacientes ao chegarem aos serviços de saúde. O momento do início de seguimento foi definido como a data de coleta do primeiro exame de contagem de células T-CD4, que está registrado no SISCEL. Para os indivíduos que faleceram na ocasião em que iniciaram o acompanhamento em um serviço de saúde, a data de início no estudo foi a do óbito.

Para aumentar a segurança de que a data do primeiro exame de CD4 registrado no SISCEL significa, de fato, o momento de início de seguimento, foi realizada uma investigação em todos os outros sistemas de informação, certificando-se que não havia registros de qualquer natureza com datas anteriores.

A pesquisa abrangeu a realização de exames de carga viral, diagnóstico de aids, ocorrência de óbito, dispensa de medicamentos anti-retrovirais e referência, no laudo do SISCEL, da data de início de terapia com ARV. Para cada situação foi estabelecido um período de tolerância entre a data de coleta do primeiro CD4 e o evento observado, sendo de 120 dias para carga viral, de 180 dias para o diagnóstico, 30 dias para o início de terapia ARV e 120 dias para o óbito. Este procedimento foi definido para evitar que a ocorrência de infecções oportunistas ou problemas operacionais da rede determinassem a exclusão indevida de pacientes.

Para a análise foram constituídos cinco grupos, definidos conforme o nível de gravidade clínica e imunológica do paciente ao iniciar o seguimento nos

serviços de saúde. Para tanto, foram utilizadas as informações sobre contagem de células T-CD4 e a presença de doenças associadas à aids.

Os indivíduos foram agrupados da seguinte forma: 1) contagem de T-CD4+ igual ou maior a 200 células/mm<sup>3</sup> e sem presença de doenças associadas à aids; 2) contagem de T-CD4+ igual ou maior a 200 células/mm<sup>3</sup> e com doenças associadas à aids; 3) contagem T-CD4+ entre 101 e 200 células/mm<sup>3</sup>; 4) contagem T-CD4+ menor do que 100 células/mm<sup>3</sup>; e 5) óbito na ocasião em que iniciou o seguimento clínico.

Os indivíduos do primeiro grupo, ou seja, aqueles que possuem mais de 200 células T-CD4/mm<sup>3</sup> sem presença de doenças associadas, foram considerados como início oportuno de seguimento, enquanto os demais foram classificados como início tardio.

Foram ainda analisadas informações sobre a perda de seguimento de pacientes, utilizando-se como critério a ausência de informação por mais de 180 dias após o último registro em um dos bancos de dados analisados.

As informações de início e de perda de seguimento foram analisadas por ano de início de seguimento, sexo, idade, região de moradia, a existência de Centros de Testagem e Aconselhamento e de Programas de Aids apoiados pelo Ministério da Saúde no município de residência.

Utilizou-se o teste de Qui-Quadrado, com nível de significância de 95%, para o estudo das diferenças entre os grupos. Estimou-se, ainda, por meio de regressão logística, o *odds ratio*, que foi ajustado para os respectivos intervalos de confiança.

### Início de terapia ARV

Como forma de avaliar a cobertura da política de acesso universal aos medicamentos ARV, foi dimensionada a proporção de pessoas vivendo com HIV que não têm acesso ao medicamento, apesar de os mesmos estarem disponíveis nos serviços de saúde.

Para realizar a estimativa, buscou-se caracterizar dois universos: o dos indivíduos que possuem indicação clínica ou imunológica para o uso do ARV e o dos que de fato estão utilizando o medicamento, considerando os pacientes que já estão, ou estiveram em acompanhamento nos serviços em cada ano da análise.

No primeiro grupo foram incluídos indivíduos acompanhados nos serviços de saúde e que têm contagem de células T-CD4 inferior a 200/mm<sup>3</sup>, os que já fazem uso do medicamento e os que morreram na ocasião do diagnóstico.

Para o segundo grupo consideraram-se todos os indivíduos que fazem uso de medicamentos, tendo por referência informações do SICLOM e SISCEL, caracterizando como data de início do tratamento a que fosse a mais antiga. A relação entre os grupos definiu a proporção de pessoas com HIV com acesso aos ARV.

Adicionalmente estimou-se o número de pacientes que iniciaram a terapia ARV tardiamente, considerando, para tanto, o universo de pessoas que

chegaram aos serviços com contagem de células T-CD4 inferior a 200/mm<sup>3</sup>, os que foram a óbito e os que permaneceram nos serviços com indicação de uso do medicamento sem utilizá-lo.

A análise foi realizada por ano, sexo, idade e região de moradia, utilizando-se o teste de Qui-Quadrado, com nível de significância de 95%, para o estudo das diferenças entre os grupos. Estimou-se, ainda, por meio de regressão logística, o *odds ratio*, que foi ajustado para os respectivos intervalos de confiança.

### Sobrevida

Estimou-se a probabilidade de pessoas vivendo com HIV estarem vivas, após o início do segmento clínico e início de uso da terapia ARV, em um período de 48 meses após o início do segmento clínico e do uso da terapia ARV, considerando intervalos de 6 meses de seguimento.

Para a análise de sobrevida de pessoas que iniciaram o seguimento clínico, foram incluídos pacientes que chegaram aos serviços entre os anos de 2003 e 2006 e que apresentaram pelo menos um evento após o início do acompanhamento. Foram excluídos aqueles com óbito na ocasião em que iniciou o seguimento clínico e com perda de seguimento nos primeiros 30 dias após início do tratamento. A data de censura foi 31 de dezembro de 2006, tendo sido incluídos pacientes até essa data. Foram consideradas como registro de ocorrência do óbito as informações constantes no SINAN e no SIM.

Foi utilizado como método para a estimativa o de Kaplan-Meier, tendo sido analisadas informações sobre sexo, faixa etária, região e situação clínica e imunológica de início de seguimento.

### Sustentabilidade da política de acesso universal aos ARV

A análise da sustentabilidade da política nacional de acesso aos ARV foi realizada a partir da série histórica dos gastos do Ministério da Saúde com a aquisição dos medicamentos.

Os valores foram obtidos a partir do levantamento dos consumos ocorridos em cada medicamento, por tipos, quantidades utilizadas e o preço unitário de cada um deles. Os valores foram calculados para cada ano, compreendendo o período de 2001 a 2006. Foram calculados os valores em reais e em dólares, sendo utilizada a taxa de câmbio do IPEA (Instituto de Pesquisa e Econômica Aplicada), disponível em [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br), acessado em 5 de dezembro de 2007.

As análises compreenderam informações de gasto por ano, quantidade utilizada (consumo), classe de drogas e laboratório farmacêutico público e privado, nacional e internacional.

Para análise da sustentabilidade da política de acesso universal calculou-se a proporção dos gastos do Ministério da Saúde com a aquisição de ARV em relação aos gastos federais com saúde.



## Co-infecção HIV e tuberculose

A análise sobre a co-infecção HIV e tuberculose teve por objetivo dimensionar a magnitude da interação entre as duas epidemias, descrevendo a situação atual, com ênfase nas taxas de detecção e de cura dos casos existentes. Utilizaram-se informações provenientes do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis do Ministério da Saúde (SINAN-TB).

Foram, descritas, ainda, as principais ações que vêm sendo desenvolvidas para aprimorar a resposta à tuberculose no Brasil, com destaque para o projeto financiado pelo Fundo Global de Aids, Tuberculose e Malária.

### 3.5.3 Resposta Nacional no Cuidado de Pessoas Vivendo com HIV

#### Indicadores UNGASS

##### Indicador 4: Porcentagem de adultos e crianças com infecção por HIV avançada que recebem terapia anti-retroviral

Em 2006, cerca de 220.000 pessoas maiores de 15 anos vivendo com AIDS estavam em acompanhamento nos serviços públicos de saúde. Deste total, 194.336 necessitavam de medicamentos ARV, pois apresentavam contagem de células T-CD4 inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>, quadro clínico compatível com aids ou já faziam uso de medicamento ARV.

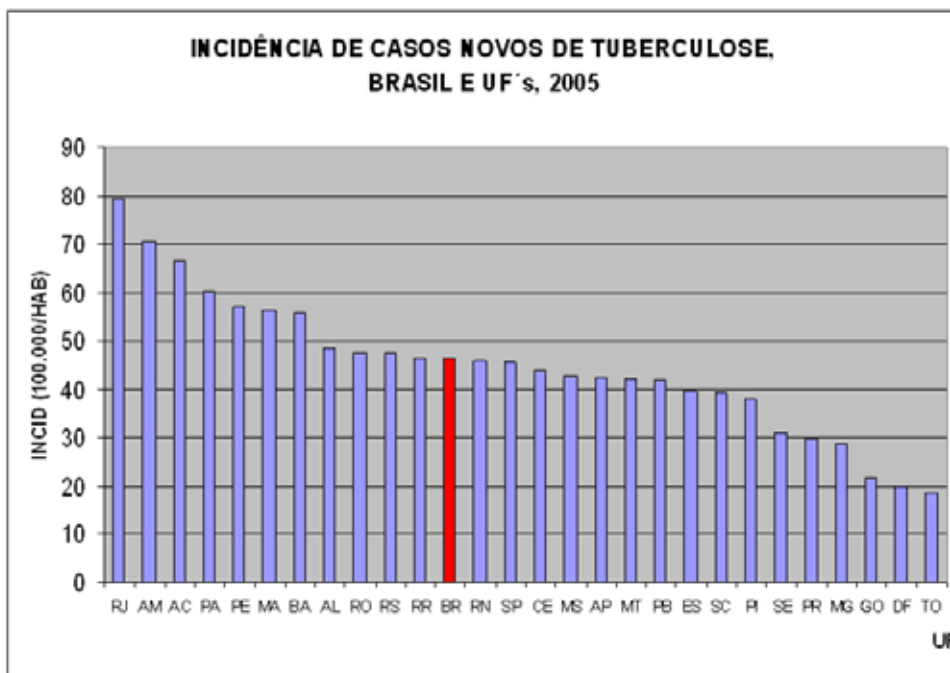
A partir de informações do SISCEL e do SICLOM foi possível constatar que, dentre aqueles que necessitavam de medicamentos ARV, 184.252 pacientes (94,8%) efetivamente fizeram uso dos mesmos em 2006.

Dos homens que necessitavam de tratamento, 94,5% utilizaram efetivamente ARV. Com relação às mulheres, este percentual foi de 95,3%.

##### Indicador 6: Porcentagem de casos estimados de co-infecção por HIV e tuberculose que recebem tratamento para a tuberculose e HIV

#### Situação Epidemiológica da Tuberculose no Brasil

O Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. A prevalência estimada no Brasil é de 50 milhões de infectados, com aproximadamente 90 mil casos novos por ano. Até dezembro de 2007, foram registrados no SINAN-TB ~76 mil casos, com a ocorrência de, aproximadamente, 6 mil óbitos por ano. No Brasil, a tuberculose constitui a quarta causa de mortalidade por doenças infecciosas. A queda da taxa de incidência da TB é de aproximadamente 3% ao ano e vem se mostrando estável nos últimos anos.



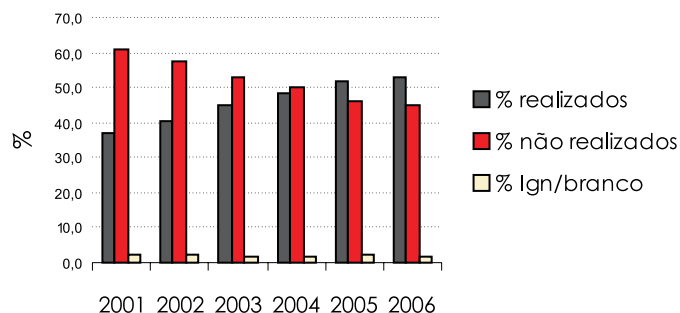
Em 2007, a incidência de casos notificados de tuberculose foi de 40,8 para cada 100.000 habitantes, variando de, aproximadamente, 74 casos /100.000 habitantes no estado de Rio de Janeiro a cerca de 12 casos /100.000 habitantes no estado de Goiás. Levando em conta o sub-registro, a OMS estimou que estes números representam, aproximadamente, 75% da incidência de tuberculose existente no país. A taxa de mortalidade vem reduzindo, sendo de 2,5 por 100 mil habitantes em 2006. Taxa que variou entre ~1/100.000 em Santa Catarina e ~6/100.000 no Rio de Janeiro.

No Brasil, 70% dos casos de tuberculose concentram-se em 315 municípios, que foram considerados prioritários pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle da doença. A tuberculose afeta toda a população, nas diferentes faixas etárias, principalmente na idade produtiva, com predomínio do sexo masculino (65% dos casos são masculinos).

### Co-infecção HIV/TB

A infecção pelo HIV constitui um grande desafio para o controle da TB no Brasil, e apesar da norma nacional, a realização de testes voluntários para o HIV em todos os pacientes com tuberculose ainda não ocorre de forma sistemática. Segundo dados do SINAN-TB, o percentual de novos casos de TB que realizam o teste de HIV foi aumentando nos últimos anos até chegar em 53% em 2006 (Figura 1).

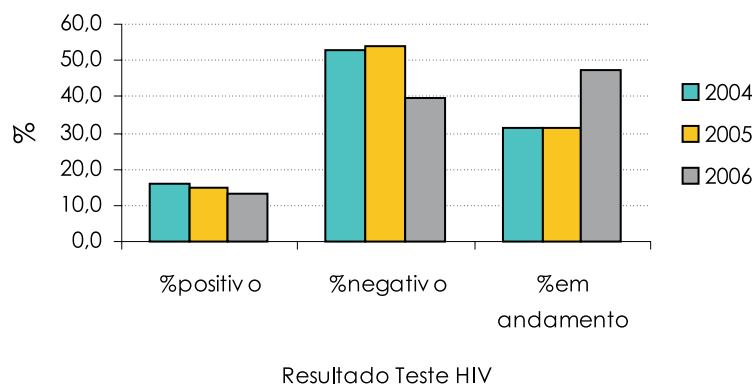
**Figura 1 - Percentual de testes de HIV realizados em casos novos de tuberculose. Brasil, 2001 a 2006.**



Existe uma expressiva variabilidade entre os estados, com um percentual maior de testes realizados no sul e sudeste do país. A ampliação do teste rápido para diagnóstico do HIV nos serviços de tuberculose deverá aumentar a sua realização entre pacientes com tuberculose.

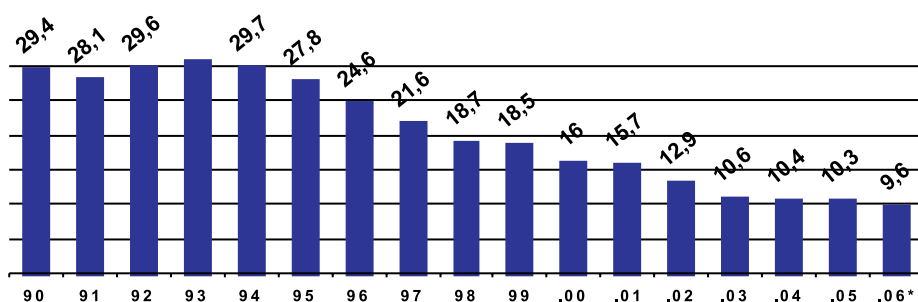
Segundo dados do SINAN, entre os novos casos de tuberculose que realizaram o teste HIV em 2005, 15% foram positivos (Figura 2), percentual semelhante ao estimado pela OMS no mesmo período. Ressalta-se que cerca de 31% dos exames realizados ainda permanecem com resultado sem informação (ou teste 'em andamento').

**Figura 2 - Resultado do teste HIV em novos casos de TB. Brasil, 2004 a 2006.**



Segundo dados do SINAN e do PN-DST/AIDS, o percentual de pacientes com TB em casos notificados de aids em 2006 foi de aproximadamente 9,6% (Figura 3).

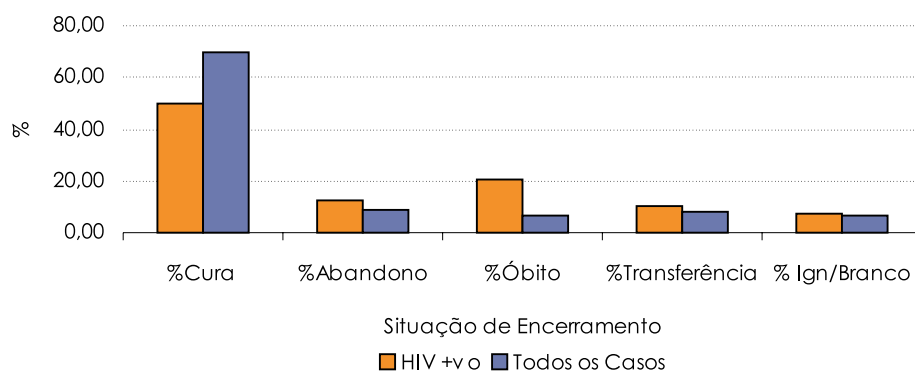
**Figura 3** - Percentual de pacientes com TB em casos notificados de aids. Brasil, 1990-2006\*.



### Resultados de Tratamento: 2004

Os resultados de tratamento para tuberculose em casos HIV positivo são representados na Figura 4, que mostra a situação de encerramento de tratamento em todos os casos novos de TB co-infectados pelo HIV, no ano de 2004. As taxas de cura e de óbito para o conjunto dos casos de tuberculose foram de 70% e de 6,5%, respectivamente, enquanto que para os casos HIV positivos esses índices foram menores, sendo de 50% para cura e 20% para óbito (Figura 4).

**Figura 4** - Situação de encerramento de tratamento para a tuberculose em todos os casos novos e em casos HIV positivos : percentual de abandono, curas, óbito, transferências segundo o ano. Brasil, 2004.



A taxa de abandono foi maior em casos HIV positivo (12%) do que em todos os casos (9%). O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem, entre as suas metas, curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados e obter uma taxa de abandono de tratamento de 5%.

### Ações para o Controle da Co-infecção: Projeto Fundo Global - Tuberculose

Em 2005, o Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária aprovou recursos da ordem de 27 milhões de dólares, para execução em cinco anos, a partir de maio de 2007, com o objetivo de apoiar ações de controle da

tuberculose no Brasil, a partir de uma proposta para expandir a estratégia do tratamento supervisionado, apresentada em parceria entre instituições representativas da Sociedade Civil organizada e o governo. Os objetivos da proposta aprovada pelo Fundo Global abrangem dez áreas metropolitanas e Manaus. Todos os 57 municípios que integram essas áreas fazem parte do grupo de 315 municípios considerados prioritários pelo PNCT, e abrangem 45% dos casos de tuberculose identificados no País.

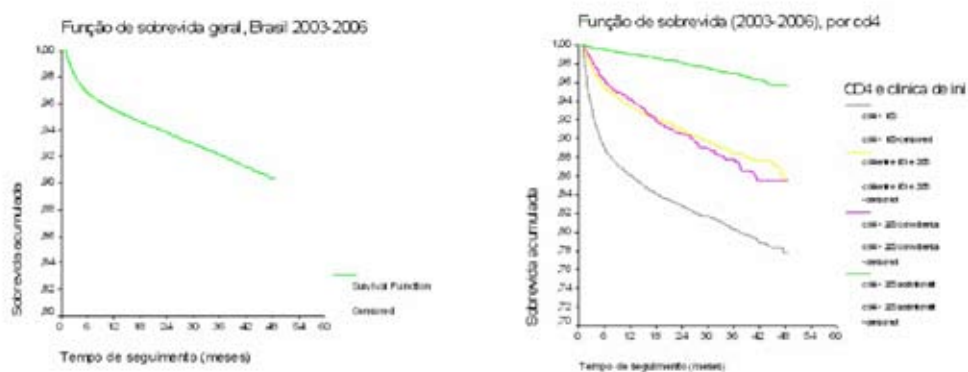
A redução da co-infecção TB/HIV é um dos objetivos do projeto brasileiro. Outras prioridades são: fortalecer o diagnóstico precoce para o tratamento oportuno em populações vulneráveis utilizando a estratégia de Tratamento Supervisionado (TS); fortalecer atividades de mobilização social, informação, educação e comunicação, além do estabelecimento de um programa de garantia de qualidade e o sistema de informação laboratorial.

#### Indicador 24: Porcentagem de adultos e crianças com HIV vivas e em tratamento após 12 meses de iniciada a terapia ARV

Entre os anos de 2003 e 2006 foram registrados 30.804 óbitos de pessoas com mais de 15 anos de idade, acompanhadas na rede pública de saúde e registradas no sistema gerencial de exames de contagem de células T-CD4. Este número permaneceu estável entre os anos de 2005 e 2006, com aproximadamente 8,2 mil óbitos/ano, tendência diferente da observada para o número de novos pacientes que iniciam o seguimento clínico ou a terapia anti-retroviral.

Na análise de sobrevida observa-se que a probabilidade de estar vivo após 12 meses de início de seguimento clínico é de 95,5%, considerando coortes de pessoas vivendo com HIV maiores de 15 anos e que chegaram aos serviços públicos entre 2003 a 2006. Este percentual é de 90,7% após 4 anos de acompanhamento (Figura 5).

**Figura 5.** Função de sobrevida em pacientes com HIV, 15 anos e +, iniciando seguimento nos serviços públicos. Brasil, 2003 a 2006.



Para as pessoas vivendo com HIV que iniciaram o seguimento no momento oportuno, o risco de morrer é consideravelmente menor e 99,1% permanecem vivas após 12 meses de seguimento nos serviços. Após quatro anos esta probabilidade apresenta uma discreta redução, permanecendo acima de 96,9%.

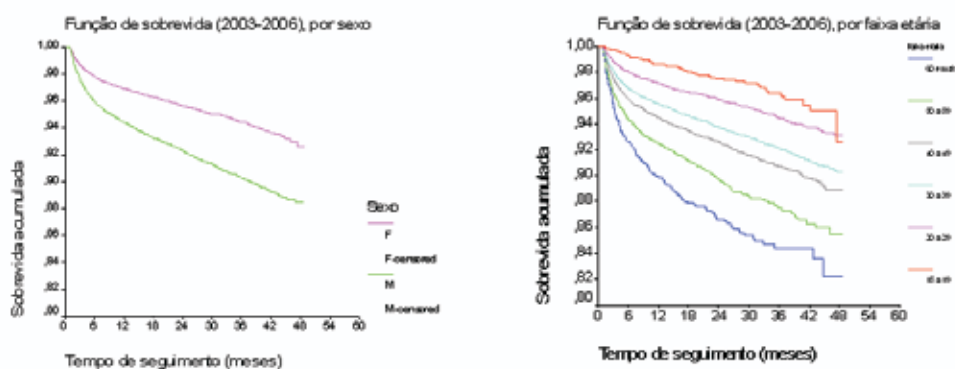
Por outro lado, a probabilidade de estar vivo 12 meses após o início do seguimento é significativamente menor para os indivíduos que iniciaram tardiamente seu acompanhamento, reduzindo, inclusive, na proporcionalidade que agrava o quadro clínico e imunológico no momento de chegada aos serviços de saúde.

A maior probabilidade de morrer é para as pessoas que apresentaram contagem T-CD4 inferior a 100 células/mm<sup>3</sup>, sendo que 13,1% desses indivíduos morrem antes de completarem 12 meses de tratamento e 22,1% antes do quarto ano de acompanhamento. Já os indivíduos com doenças associadas à aids ou com contagem de células T-CD4 entre 101 e 200/mm<sup>3</sup> apresentam probabilidades semelhantes, sendo que aproximadamente 94,1% permanecem vivos após 1 ano de seguimento e 85,5% após o quarto ano.

Na análise das curvas de sobrevida, a maior probabilidade de se permanecer vivo após 12 e 48 meses está relacionada ao sexo e à faixa etária das pessoas vivendo com HIV, sendo as mulheres e os jovens aqueles que apresentam as melhores taxas (figura 6).

Ressalta-se que as diferenças observadas por local de moradia não são expressivas, sendo que as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam menores probabilidades de se permanecer vivo após o início do seguimento clínico.

**Figura 6.** Função de sobrevida em pacientes com HIV, 15 anos e +, iniciando seguimento nos serviços públicos segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2003 a 2006.



Em contrapartida, a probabilidade de se permanecer vivo após o início de terapia ARV foi analisada para o conjunto de 133.093 pacientes acompanhados nos serviços de saúde que iniciaram o uso da terapia ARV, entre os anos de

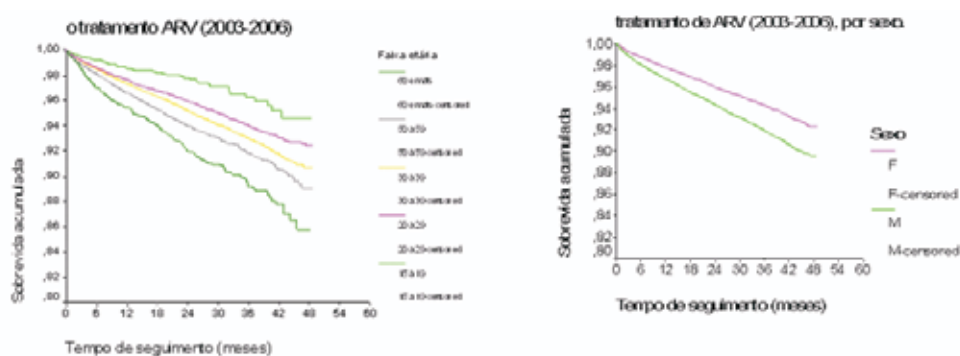
2003 e 2006. Nos primeiros doze meses, 97,2% dos pacientes permaneciam vivos, enquanto que este percentual foi de 90,8% após quatro anos de terapia ARV (Figura 7).

**Figura 7.** Função de sobrevivência em pacientes com HIV, 15 anos e +, iniciando terapia ARV em serviços públicos de saúde. Brasil, 2003 a 2006.



Foram novamente observadas diferenças nessas taxas por sexo e faixa etária, sendo que mulheres permanecem com menor risco de morrer do que homens. O mesmo ocorre para as populações mais jovens (Figura 8).

**Figura 8.** Função de sobrevivência em pacientes com HIV, 15 anos e +, iniciando terapia ARV em serviços públicos, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2003 a 2006.



### 3.5.4 Outros indicadores

#### Organização da rede de atenção à saúde

Em meados da década de 80, período em que foram diagnosticados os primeiros casos de aids, o Brasil adotou uma política de atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV fundamentada nos princípios que regem o sistema público de saúde do país: universalidade, equidade e integralidade.

A política prevê a promoção do diagnóstico, a organização da rede de serviços assistenciais e laboratoriais, o acesso universal ao tratamento, incluindo a disponibilidade de medicamentos anti-retrovirais (ARV), o apoio social e a garantia dos direitos fundamentais.

A rede de atenção em HIV e aids, estruturada de forma descentralizada e hierarquizada segundo grau de complexidade para o cuidado integral das pessoas vivendo com HIV e aids, compreende a disponibilidade de diagnóstico do HIV na rede de atenção básica e nos serviços de saúde reprodutiva, de tuberculose e de atenção secundária; a implantação das redes de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), de Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospital Dia/Aids (HD), Assistência Domiciliar Terapêutica/Aids (ADT) e internação hospitalar convencional; e a organização das redes de laboratórios para a realização dos exames de monitoramento da infecção pelo HIV, o que inclui exames de contagem de células T-CD4, quantificação de carga viral e genotipagem.

A rede para o diagnóstico do HIV é composta por laboratórios de saúde pública, além dos Centros de Testagem e Aconselhamento e serviços de atenção básica, responsáveis pela realização, em 2006, de 4,4 milhões de testes, representando 23,8 exames por mil habitantes. Entre os anos de 2004 a 2006 o número de testes anti-HIV realizados no âmbito do sistema público de saúde aumentou em números absolutos 5,1% e em 2,2% quando avaliado em relação à população brasileira (Tabela 1).

**Tabela 1.** Testes anti-HIV (Elisa e Rápido) apresentados para faturamento no âmbito do Sistema Único de Saúde e taxa de teste de HIV por 1.000 habitantes. Brasil, 2004 e 2006.

Região	Número de testes realizados (2004)	Número de testes realizados (2006)	Taxa de testes por 1.000 hab. (2004)	Taxa de testes por 1.000 hab. (2006)	% Crescimento das taxas de teste por 1.000 hab. (2004-2006)
Brasil	4.227.054	4.444.364	23,28	23,80	2,22
Norte	276.982	305.900	19,27	20,36	5,67
Nordeste	792.478	897.026	15,72	17,38	10,60
Sudeste	2.177.305	2.156.967	28,14	27,11	-3,66
Sul	600.759	687.818	22,55	25,19	11,67
Centro-Oeste	379.530	396.653	29,72	29,90	0,58

Fonte: DATASUS/MS, acesso em 09 de janeiro de 2008.



A expansão do número de testes de HIV por habitantes no Brasil foi minimizada pela redução da quantidade de testes realizados na região sudeste, que reúne em torno da metade dos exames realizados no país e os estados mais populosos, com altas taxas de incidência de aids, e onde a epidemia iniciou-se na década de 80.

Por outro lado, as regiões com as maiores taxas de crescimento da epidemia nos últimos anos foram as que apresentaram as maiores proporções de aumento do número de testes por mil habitantes. Essas taxas foram de 5,7% no Norte e 11,7 na Sul.

Ressalta-se, porém, que, as regiões Norte e Nordeste, apesar da expressiva taxa de crescimento, permanecem como as que ofertam o menor número de testes por 1.000 habitantes.

Buscando ampliar a oferta de diagnóstico do HIV no país, o Ministério da Saúde, a partir de 2004, intensificou a implantação do teste rápido, fortalecendo a gestão compartilhada e pactuando entre os diversos níveis de governo envolvidos na prevenção e controle desse agravo. Foram inicialmente priorizadas as gestantes, populações de difícil acesso e maior vulnerabilidade, destacando-se a região norte (Ferreira, 2006), onde o percentual de teste rápido em relação ao universo de sorologias realizadas é maior do que o observado nas demais regiões do País, considerando os dados disponíveis do DATASUS.

Em meados de 2007, o Governo Federal aprovou o incentivo à testagem rápida do HIV nos serviços de saúde com o repasse de recursos financeiros, o que minimizará os dados que hoje estão subestimados nos registros do DATASUS.

Atualmente, a política de oferta de testes rápidos está sendo ampliada, com a incorporação desta tecnologia em serviços de atenção à tuberculose, nos Centros de Testagem e Aconselhamento, entre outros. A aquisição e distribuição deste insumo pelo Ministério da Saúde foram ampliadas, entre 2005 e 2007, em uma proporção de 58,4%, passando de 509 mil para 1,2 milhões de testes distribuídos/ano (relatório disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS4AAA6ADAPTBRIE.htm>).

Em 2007, a rede para o cuidado de pessoas vivendo com HIV era composta por 2.211 serviços. O número de serviços vem crescendo paulatinamente, e entre os anos de 2005 a 2007 a expansão foi de 33,51%, considerando o número absoluto de serviços, e de 22,09% em relação ao universo de pessoas vivendo com HIV em tratamento com anti-retroviral (Tabela 2).

**Tabela 2.** Rede pública de atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV e proporções de expansão no período de 2005 a 2007. Brasil, 2005 a 2007.

Modalidade Assistencial	Número em 2005	Número em 2007	Número de Unidades por 1.000 pessoas em tratamento por ARV em 2007	Expansão (%) em relação ao número absoluto	Expansão (%) em relação ao número de pessoas em tratamento por ARV
Centros de Testagem e Aconselhamento	298	393	2,13	31,9	17,5
Serviços de Atendimento Especializado	422	639	3,55	51,4	38,5
Unidades Dispensadoras de Medicamentos	407	664	3,69	63,1	49,2
Hospitais Dia	79	93	0,52	17,7	7,7
Assistência Domiciliar Terapêutica	53	n.d.*	0,32	n.d.*	n.d.*
Hospitais Convencionais	397	432	2,40	8,8	0,5
<b>Total</b>	<b>1656</b>	<b>2221</b>	<b>12,3</b>	<b>34,1</b>	<b>22,1</b>

\* Não disponível

Este crescimento ocorreu em todas as modalidades assistenciais, sendo mais expressivo para os ambulatórios e unidades dispensadoras de medicamentos, que cresceram a uma razão de 38,5% e 49,2% em relação ao número de pessoas em tratamento. Importante ressaltar que o universo de indivíduos em tratamento no país cresceu, no mesmo período, 9,4%.

A expansão da rede de serviços está associada à iniciativa nacional de financiamento para a implantação e ampliação de unidades assistenciais.

A rede de laboratórios para o monitoramento da infecção pelo HIV foi organizada ao final da década de noventa e compreende a realização dos exames de contagem de células T-CD4, quantificação da Carga Viral (CV) e genotipagem. Em 2007, a rede era composta por 92 laboratórios para exames de CD4, e 82 para carga viral e 18 de genotipagem, sendo o Ministério da Saúde responsável pelo controle de qualidade externa dos exames realizados.

A última avaliação da qualidade, realizada no início de 2007, evidenciou que todos os laboratórios apresentavam resultados adequados, segundo os parâmetros de análise estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Cabe ressaltar, entretanto, que a mesma avaliação apontou para a necessidade de aprimoramento dos procedimentos em 20% dos laboratórios pesquisados, especialmente no diz respeito à manutenção e aferição dos equipamentos.

No ano de 2006, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foram realizados, aproximadamente, 325 mil exames CD4 e 321 mil de carga viral, representando

1,8 exames por paciente/ano. O quantitativo de exames por paciente permaneceu estável entre os anos de 2003 a 2006, apesar de o número absoluto ter aumentado em média 24,89%. Cabe ressaltar que normas nacionais prevêm a realização de exames de CD4 e CV, em média, a cada quatro meses, ou, em menor período, conforme o quadro clínico e imunológico do paciente.

A Rede Nacional de Laboratórios de Genotipagem, criada em 2001, conta, atualmente, com 18 laboratórios executores e 02 unidades de maior complexidade, para resgate. Os parâmetros para a indicação para o uso do exame são estabelecidos por Consensos, existindo atualmente 265 médicos infectologistas e 100 pediatras cadastrados e capacitados como médicos de referência em genotipagem, responsáveis por avaliar e dar suporte técnico na interpretação e conduta a ser adotada pelos profissionais da rede de saúde. No ano de 2006, 9.360 exames de genotipagem foram repassados aos laboratórios da rede nacional pelo Ministério da Saúde (ver [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).

### **O cuidado com as pessoas vivendo com HIV: situação clínica e imunológica na chegada aos serviços e uso de anti-retrovirais**

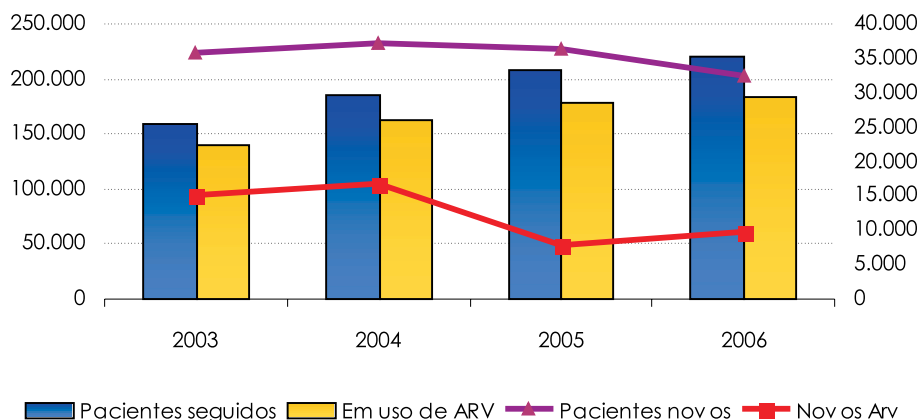
Em 2006, estima-se que 220 mil pacientes acima de 15 anos de idade estavam sendo acompanhados nos serviços públicos de saúde de todo o país, representando 36,67% da estimativa de 600 mil pessoas infectadas pelo HIV no Brasil. Dentre este universo, 184.252 pacientes (83,8%) estavam fazendo uso de medicamentos ARV (Figura 9).

O número 184.252 inclui todos os pacientes que, em algum momento do ano de 2006, fizeram uso de medicamento anti-retroviral. Esse contingente inclui pacientes com indicação terapêutica, aqueles que fizeram uso de ARV para profilaxia pós-exposição (ocupacional ou violência sexual), gestantes que precisaram de ARV para prevenção da transmissão vertical e pacientes com aids que foram a óbito durante o ano de 2006. O número oficial de pacientes em uso de ARV do Ministério da Saúde, em 2006, é de 174.240, que considera os pacientes em uso regular desses medicamentos como indicação terapêutica, excluindo-se os casos acima mencionados (PEP, PMTCT e óbitos no período).

O número de novos pacientes acompanhados nos serviços de saúde, entre os anos de 2003 e 2006, apresentou uma taxa de crescimento de 38,73%. Chama atenção, entretanto, que, tendo por referência as informações do SISCEL, o número de novos pacientes foi reduzindo ano a ano, em uma proporção de -9,32%.

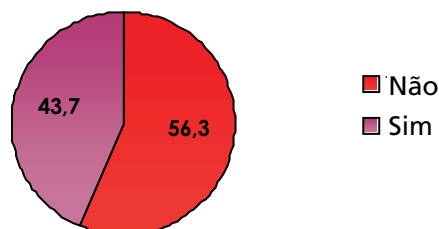
Esse mesmo fato também foi observado em relação ao número de pacientes que usam medicamentos ARV e que são registrados pelo Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS. A redução do número de pacientes novos pode estar associada à tendência de estabilização das taxas de prevalência do HIV na população brasileira entre 15 e 49 anos, que nos últimos anos apresentou estabilidade nas taxas de prevalência do HIV na população de 15 a 49 anos. Reflexo das variações das taxas de mortalidade e de incidência do HIV.

**Figura 9.** Pessoas com HIV, com 15 anos ou +, acompanhadas nos serviços públicos (novas e em seguimento) e em uso de ARV. Brasil, 2003 a 2006.



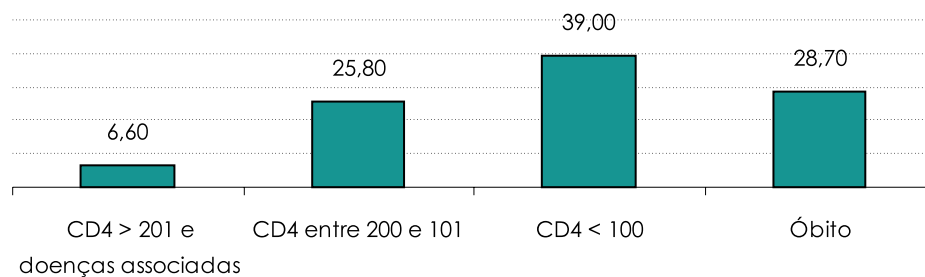
O início do tratamento tem-se caracterizado por uma parcela de pessoas vivendo com HIV que chega aos serviços de saúde apresentando deficiência imunológica grave ou quadro clínico associado à aids. Essa situação, entre os anos de 2003 e 2006, ocorreu em uma proporção de 43,7%, o que representa 50.393, de um universo de 115.441 pessoas que iniciaram o seguimento clínico no período (Figura 10).

**Figura 10.** Deficiência imunológica ou presença de doenças associadas à aids em pessoas com HIV, 15 anos e +, no início do seguimento em serviços públicos. Brasil, 2003- 2006.



Entre os pacientes que apresentaram deficiência imunológica e doenças associadas à aids no início do seguimento clínico, 39,0% possuíam contagem T-CD4 inferior a 100 células/mm<sup>3</sup>, 25,8% entre 101 e 200 células/mm<sup>3</sup> e 6,6% doenças oportunistas ou associadas à aids e contagem de T-CD4 superior a 200 células/mm<sup>3</sup>. Adicionalmente, 28,7% apresentaram quadro clínico mais grave e evoluíram para óbito nessa primeira situação de tratamento (Figura 11).

**Figura 11** - Situação clínica-imunológica de pacientes HIV, 15 anos e +, iniciando seguimento em serviços públicos tardiamente. Brasil, 2003 a 2006.



Na análise multivariada, a situação clínica e imunológica no momento de chegada aos serviços públicos de saúde está relacionada às características individuais, de organização da rede de serviços e à região e município de residência (Tabela 3).

**Tabela 3.** Probabilidade de pessoas vivendo com HIV, maiores de 15 anos, iniciarem seguimento nos serviços de saúde com comprometimento clínico e imunológico. Brasil, 2003 a 2006

Características	Início de Seguimento (%)		OR Ajustado	IC (95%)		Sig.
	Oportuno	Tardio		Mínimo	Máximo	
<b>Individuais</b>						
Sexo						
Feminino	64.3	35.7	1.00			.000
Masculino	50.2	49.8	1.65	1.61	1.70	.000
Idade						
15 a 19	83.8	16.2	1.00	0.00		.000
20 a 29	68.4	31.6	2.23	2.03	2.45	.000
30 a 39	53.9	46.1	4.06	3.70	4.46	.000
40 a 49	47.2	52.8	5.29	4.81	5.82	.000
50 a 59	44.5	55.5	6.06	5.48	6.70	.000
60 ou +	40.6	59.4	6.95	6.18	7.82	.000
<b>Geográficas</b>						
Região						
Sul	59.2	40.8	1.00	0.00		.000
Sudeste	56.9	43.1	1.08	1.05	1.12	.000
Nordeste	51.9	48.1	1.37	1.31	1.43	.000
Centro Oeste	52.6	47.4	1.34	1.27	1.42	.000
Norte	46.7	53.3	1.76	1.65	1.87	.000
Municípios						
500 mil hab. e +	57.3	42.7	1.00	0.00		.000
100 mil hab. a 499 mil hab.	57.0	43.0	1.08	1.05	1.12	.000
Até 99 mil hab	53.7	46.3	1.12	1.07	1.17	.000
<b>Resposta</b>						
Programas						
Sim	57.2	42.8	1.00	0.00		.000
Não	51.5	48.5	1.13	1.08	1.18	.000
CTA						
Sim	57.2	42.8	1.00	0.00		.000
Não	53.8	46.2	1.08	1.04	1.13	.000

Entre as características individuais, o fato de ser mulher e jovem indica a maior probabilidade de se chegar ao serviço para o início de tratamento de forma oportuna, ou seja, com contagem de células T-CD4 maior do que 200/mm<sup>3</sup> e estado assintomático. Entre todos os grupos analisados, as pessoas entre 15 e 19 anos foram as que apresentaram a maior proporção de início de seguimento em momento oportuno, com uma taxa de 83,8%.

Deve-se ressaltar que a presença de Centro de Testagem e Aconselhamento e a existência de Programas de Aids que recebem recursos do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de atividades de prevenção e assistência são fatores que contribuem para que haja uma maior proporção de pessoas iniciando o seguimento clínico no momento oportuno.

Em contrapartida, o acesso tardio aos serviços, caracterizado pelo comprometimento importante do quadro clínico e imunológico, ocorre com maior frequência em pessoas do sexo masculino e com o aumento da idade. Pessoas com mais de 60 anos, por exemplo, apresentaram uma maior probabilidade de chegar tardiamente aos serviços (6,95 vezes maior do que a probabilidade daqueles com idade entre 15 e 19 anos).

Em relação às características geográficas, as maiores proporções de início de seguimento clínico tardio ocorreram nas regiões Norte (53,3%) e Centro-Oeste (46,7%) e nos municípios com menor população, especialmente abaixo de 500 mil habitantes.

Ressalta-se, entretanto, que o óbito na ocasião em que se iniciou o seguimento clínico nos serviços de saúde ocorre com maior frequência nas regiões Nordeste (31,3%) e Sudeste (30,3%) e em municípios com até 100 mil habitantes.

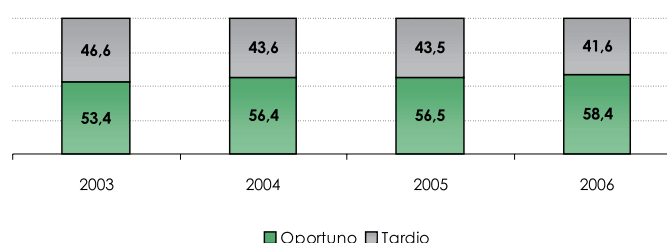
A proporção de pessoas que chega aos serviços no momento oportuno apresentou uma tendência de crescimento entre os anos de 2003 e 2006, passando de 53,4%, neste primeiro ano, para 58,4% em 2006 (Figura 12). Entretanto, há de se ressaltar a possibilidade de essa proporção estar sendo influenciada pelo atraso na notificação de óbitos ocorridos no momento do diagnóstico, que foi, entre os aspectos avaliados, aquele que apresentou a maior taxa de redução.

Importante salientar que a proporção de pessoas com HIV que iniciam o tratamento tardiamente, observada nesse estudo, é similar aos achados em outros países, como Espanha, EUA e Inglaterra, que apresentam taxas entre 15% e 45%. Nesses estudos, entre os fatores associados ao início tardio, também estão relatados sexo, faixa etária, situação e percepção de risco.

Adicionalmente, no Brasil, estudo realizado em São Paulo, avaliando as diferenças de gênero no início do tratamento, havia demonstrado que 37,7% das mulheres e 55,1% dos homens já chegavam ao serviço com aids. O diagnóstico de mulheres em estágios menos avançados da doença estava associado à investigação médica, pela existência de parceiros infectados ou triagem realizada durante o pré-natal. Em contrapartida, o diagnóstico tardio da infecção em pessoas com mais de 50 anos ocorre pela ausência de percepção dos profissionais de saúde sobre o risco e pelo maior estigma relacionado à doença nessa faixa etária.

O acesso oportuno aos serviços de saúde e a contagem de células T-CD4 > 200/mm<sup>3</sup> estão relacionados às reduções dos riscos de agravo e morte do paciente, dos custos do sistema de saúde com o tratamento e das taxas de transmissão da doença, devido à maior probabilidade de adesão às práticas seguras e diminuição de carga viral.

**Figura 12** - Quadro clínico e imunológico de pessoas vivendo com HIV no início do seguimento clínico. Brasil, 2003 a 2006.



## Acesso universal a medicamentos e sustentabilidade

### Abrangência da política de acesso aos anti-retrovirais no Brasil

O Brasil, desde 1991, disponibiliza os medicamentos anti-retrovirais para todas as pessoas que vivem com HIV e que estão em seguimento na rede de saúde, considerando tanto os serviços públicos, como os privados.

A partir de 1996, em consonância com a legislação nacional que ampara a distribuição gratuita e universal dos medicamentos, foram incorporados ao elenco de drogas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde os anti-retrovirais potentes, como os inibidores de protease e de fusão.

Em 2007, 18 anti-retrovirais compunham o conjunto de drogas disponibilizadas ao tratamento de pessoas com HIV no país, sendo 08 produzidos no país por 06 diferentes laboratórios estatais e 01 privado, em 37 formulações (pediátricas e de adultos) (Quadro 2).

**Quadro 2.** Anti-retrovirais disponibilizados pelo Ministério da Saúde em 2007.

<b>FORMULAÇÃO PEDIÁTRICA</b>	<b>TRANSCRIPTASE REVERSA NÃO-ANÁLOGOS DE NUCLEOSÍDIOS – ITRNN</b>
ABACAVIR	EFAVIRENZ (**)
AMPRENAVIR	NEVIRAPINA (*)
DIDANOSINA (*)	
EFAVIRENZ	<b>TRANSCRIPTASE REVERSA ANÁLOGOS DE NUCLEOTÍDEOS – ITRNt</b>
ESTAVUDINA (*)	TENOFOVIR
LAMIVUDINA (*)	
LOPINA VIR/RITONAVIR	<b>INIBIDORES DE PROTEASE</b>
NELFINAVIR	AMPRENAVIR
NEVIRAPINA (*)	ATAZANAVIR
RITONAVIR (*)	FOSAMPRENAVIR
ZIDOVUDINA (*)	INDINAVIR (*)
	LOPINA VIR/RITONAVIR
<b>TRANSCRIPTASE REVERSA ANÁLOGOS DE NUCLEOSÍDIOS – ITRN</b>	NELFINAVIR
ABACAVIR	RITONAVIR (*)
DIDANOSINA (*)	SAQUINAVIR (*)
ESTAVUDINA (*)	
LAMIVUDINA (*)	<b>INIBIDOR DE FUSÃO</b>
ZIDOVUDINA (*)	ENFUVIRTIDA
ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA (*)	

Fonte: Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

(\*) Medicamentos com produção nacional de genéricos

(\*\*) Medicamento com produção internacional de genérico



Considerando as informações dos sistemas de informação para o controle logístico de medicamentos (SICLON) e de exames de contagem de células T-CD4 e de carga viral, entre 2003 e 2006 fizeram uso de terapia ARV nos serviços públicos de saúde 204.895 pessoas vivendo com HIV maiores de 15 anos. Este número variou de 140.581, em 2003, a 184.252, em 2006.

Apesar de o acesso ser garantido a todas as pessoas que necessitam dos medicamentos anti-retrovirais, uma parcela dos pacientes não fazem uso dos mesmos apesar da indicação clínica e imunológica para tanto. Fato que ocorre pelo desconhecimento do diagnóstico ou pelo início tardio do seguimento clínico ou da terapia ARV.

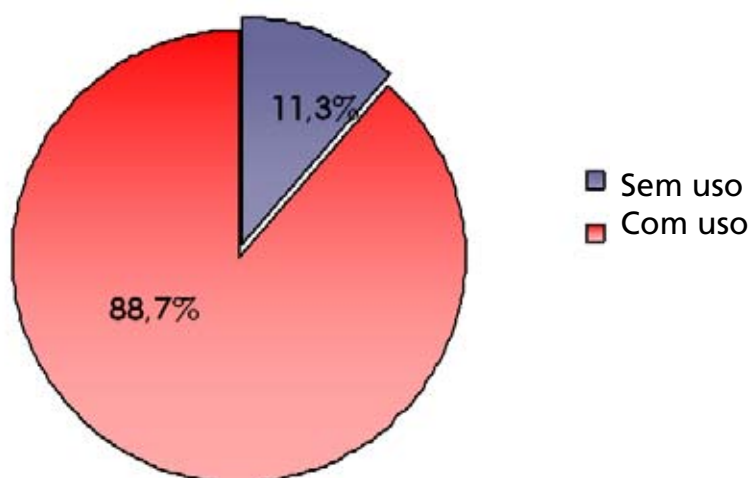
Neste sentido, estimou-se a parcela das pessoas que vivem com HIV e que não estão se beneficiando da política de acesso universal. Para tanto, calculou-se a diferença entre o número de pessoas que necessita de medicamentos e os que efetivamente fazem uso do mesmo.

Para calcular o número de pessoas que necessitam de medicamentos no Brasil consideraram-se os indivíduos que estavam sendo acompanhados nos serviços de saúde e possuíam contagem de células T-CD4 abaixo de 200 céls/mm<sup>3</sup>, os que já faziam uso do medicamento e os que chegaram aos serviços de saúde na ocasião em que foram a óbito.

As pessoas que faziam uso de ARV e que estavam registradas nos sistemas de informação sobre exames T-CD4, carga viral e de logística de medicamentos foram consideradas como o universo de pessoas que faziam uso efetivo de ARV, independentemente de perda de seguimento ou do óbito no ano analisado.

Com base nessas premissas, a proporção de pessoas que vivem com HIV e não estão se beneficiando do tratamento no Brasil representou, nos anos de 2003 a 2006, 11,3% (26.212 pacientes), de um universo de 231.107 pessoas que necessitavam de ARV. Esta proporção variou, nos anos analisados, ao redor de 5,3% (Figura 13).

**Figura 13** - Taxa de cobertura para a distribuição de medicamentos ARV no Brasil, 2003 a 2006.



Nesse mesmo período o conjunto de pessoas que não utilizaram medicamentos ARV, apesar da indicação clínica ou imunológica, foi composta de 45,7% dos pacientes acompanhados nos serviços de saúde com contagem de células T-CD4+ inferior a 200/mm<sup>3</sup> e 54,3% que foram a óbito sem iniciar a terapia ARV, sendo esta situação mais prevalente nas regiões Norte (20,3%) e Sul (13,0%) e entre pessoas do sexo masculino (12,3%) e maiores de 60 anos (17,0%).

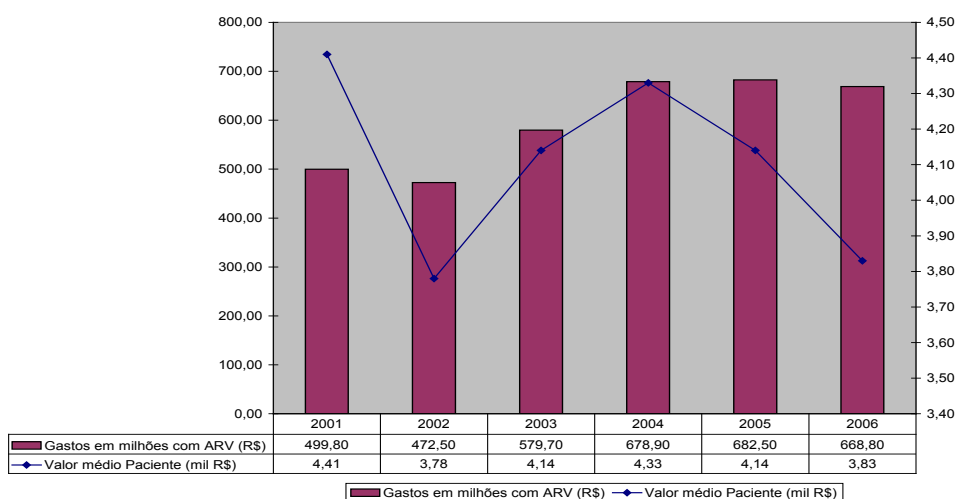
Por outro lado, há de se considerar que 25,9% das pessoas iniciaram, nesse mesmo período, o tratamento com ARV de forma tardia. Fato que ocorreu devido ao início do seguimento clínico com contagem de células T-CD4 inferior a 200/mm<sup>3</sup>, à ocorrência de óbito na ocasião do diagnóstico, ou pela ausência de prescrição do medicamento aos indivíduos seguidos nos serviços de saúde e que possuíam indicação imunológica para tanto. Este último aspecto representou 6,8% das pessoas que necessitaram de medicamentos nos anos analisados.

### Gastos do Ministério da Saúde com medicamentos anti-retrovirais

No ano de 2006, o Ministério da Saúde gastou com aquisição de medicamentos anti-retrovirais (ARV) o montante de R\$ 964 milhões (US\$ 438 milhões), dos quais 673 milhões (US\$ 308,6 milhões) foram gastos com o consumo efetivo pelos pacientes.

Em relação ao ano de 2006, observou-se uma redução dos gastos totais em 1,99%, revertendo uma tendência de crescimento que vinha sendo observada desde 2002 (Figura 14).

**Figura 14** - Gasto com consumo efetivo de ARV e valor médio da terapia ARV/PVHA. Brasil, 2001 a 2006.



Colaborou para este fato a valorização da moeda nacional e a redução de preço de duas drogas negociadas com a indústria farmacêutica. Em 2006, o decréscimo de aproximadamente 50 % no preço do Tenofovir (Brasil, 2006) e de 46,2% no do Lopinavir/r evitou um gasto na ordem de US\$ 16,3 milhões.

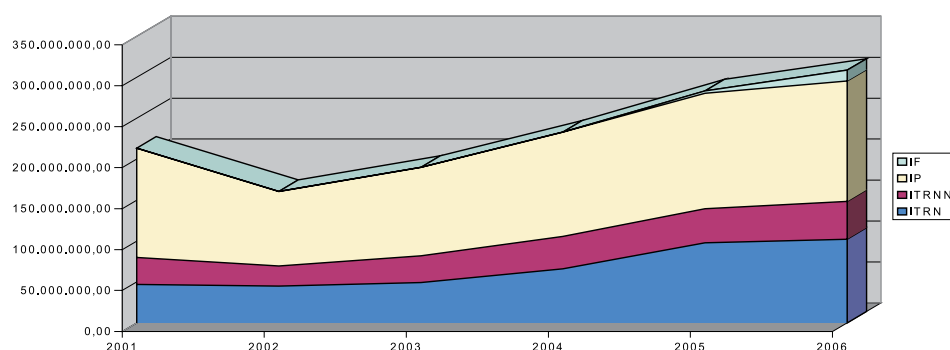
Em contrapartida, medicamentos que possuem produção nacional apresentaram uma tendência de crescimento nos preços. Entre os anos de 2003 a 2006 a Nevirapina e o AZT+3TC, por exemplo, tiveram seus preços majorados em 40,80% e 40,75%, respectivamente, considerando que a matéria-prima é cotada em dólar. Cabe ressaltar que o AZT+3TC é a droga mais consumida no país, sendo utilizada por pouco mais de 104 mil pessoas vivendo com HIV.

Adicionalmente, a incorporação de uma nova classe de medicamentos, o Inibidor de Fusão (IF) denominado Enfuvirtida, já se faz presente, de forma mais intensa, na composição dos gastos totais com ARV, devido ao seu alto preço. O medicamento, incorporado no ano de 2005 e utilizado por 1.030 pessoas em 2006, teve um custo diário de US\$ 22,19, respondendo por 4,4% (US\$ 13,4) dos gastos com ARV naquele ano (Figura 15).

A contribuição dos inibidores de fusão nos dispêndios do Ministério da Saúde com medicamentos para aids deverá ter um peso crescente com a incorporação de novas drogas e o aumento do número de novos pacientes que necessitam das mesmas.

De uma forma geral, embora apresentando discreta tendência de redução na participação, os inibidores de protease continuam sendo a classe de drogas que mais contribuiu para os gastos totais no ano de 2006, com 47,6%, seguidos dos análogos de nucleosídeos (ITRN), com 33,1%, que apresentaram discreta tendência de aumento (Figura 15).

**Figura 15** - Gasto (US\$) relativo ao consumo efetivo de ARV por classe de medicamento. Brasil 2001 a 2006.



Em 2006, dos gastos relativos ao consumo efetivo dos medicamentos ARV, o Atazanavir foi responsável por 19,45% dos gastos anuais, sendo utilizado por 27 mil pacientes, enquanto o AZT+3TC foi responsável por 14,48% sendo utilizado, por 104 mil pacientes.

Vale ressaltar que a redução na participação dos gastos com medicamentos anti-retrovirais (ARV) em relação aos gastos federais em saúde, que passou de 0,024% em 2003 para 0,016% em 2006, não trouxe qualquer efeito sobre a sustentabilidade da política de acesso universal ao medicamento ARV. A redução dos gastos do MS com a aquisição de medicamentos ARV reflete uma economia de recursos oriunda, dentre outros fatores, de maior eficiência na aplicação dos recursos e da desvalorização da moeda americana no período analisado, não havendo redução da oferta dos medicamentos.

Adicionalmente, o gasto do Ministério da Saúde com os ARV por paciente/ano, em 2006, continua a manter a tendência de redução e, pela primeira vez, apresentou um valor inferior a R\$ 4 mil. Em relação ao ano de 2003 a redução proporcional foi de 7,4%, significando um gasto anual por paciente, em 2006, de R\$ 3,8 mil (US\$ 1,77 mil) (Figura 14).

Os resultados favoráveis para a manutenção da política de acesso universal vêm sendo possíveis, em resumo, por três aspectos: (1) as taxas de crescimento da economia brasileira, que têm conseqüências positivas para o aumento do PIB e do orçamento do Ministério da Saúde, devido à vinculação constitucional que prevê um valor mínimo de investimento federal na saúde; (2) a redução dos preços em decorrência da negociação com empresas farmacêuticas; e (3) o fortalecimento da moeda nacional em relação ao dólar, que ocorre desde o ano de 2002.

Para os próximos anos, contribuirá para a manutenção da sustentabilidade da política nacional o ato do governo federal de conceder a licença compulsória do medicamento Efavirenz, ocorrida no primeiro semestre de 2007, que permitiu reduzir o valor do medicamento em 72,2%.

O Efavirenz, o segundo ARV mais consumido no Brasil, utilizado por 61.590 pacientes em 2006, vem sendo importado das empresas indianas Aurobindo e Ranbaxy, com uma previsão de economia de R\$ 62 milhões (US\$ 27,8 milhões) em 2007 em relação ao dispêndio que vinha sendo realizado com a empresa Merck. O valor representará uma redução de 7,5% no gasto total do Ministério da Saúde com ARV (Tabela 4). Há, ainda, a previsão da produção do medicamento por empresas estatais brasileiras, provavelmente, no ano de 2008.

**Tabela 4** - Impacto da licença compulsória do medicamento Efavirenz nos gastos do Ministério da Saúde com ARV. Brasil, 2007.

Valor (US\$) 2006	Valor (US\$) 2007	% de redução	Pacientes em tratamento	Gasto (US\$) em 2006	Gasto evitado em US\$	% do gasto geral
1.592	0.4426	72.20	65,680	39,596,680	27,834,957	7.5

Fonte: Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

A indústria farmacêutica internacional é a maior beneficiada com o tratamento dos casos de aids no Brasil, recendo, anualmente, 72,7% (US\$ 241,7 milhões) de todos os recursos utilizados pelo Ministério da Saúde para a aquisição de ARV (Tabela 4).

Em dez anos de epidemia, considerando os anos de 1996 a 2006, a indústria farmacêutica internacional ganhou no Brasil US\$ 1.8 bilhões, o que representou, em 2006, um gasto diário de, aproximadamente, US\$ 305,6 mil. 2,7 vezes o ganho das empresas nacionais (Tabela 5).

**Tabela 5.** Gasto em US\$ do Ministério da Saúde com aquisições de ARV por laboratório. Brasil, 1996 a 2006.

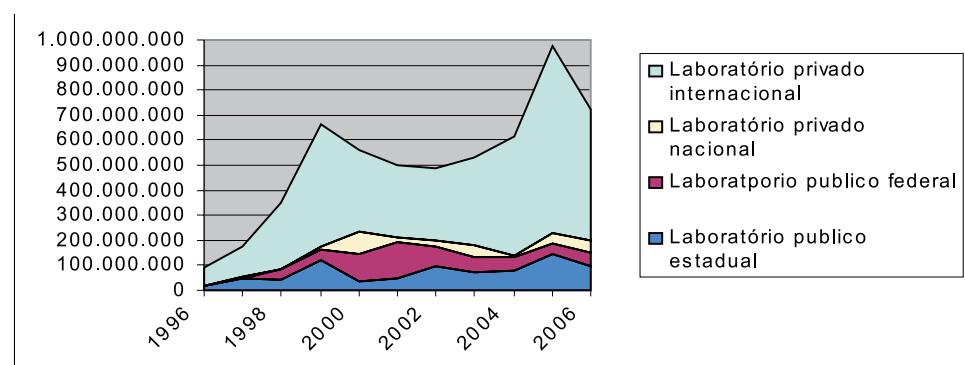
Laboratório	2006	%	1996-2006	%	Ganho dia	Ganho hora
Laboratório público estadual	43,468,866	13.08	372,641,996	14.26	54,957	2,290
Laboratório público federal	26,325,687	7.92	289,175,408	11.06	33,283	1,387
Laboratório privado nacional	20,925,795	6.30	131,374,039	5.03	26,456	1,102
Laboratório privado internacional	241,691,683	72.71	1,820,614,256	69.65	305,569	12,732
<b>Total</b>	<b>332,412,032</b>	<b>100.00</b>	<b>2,613,805,699</b>	<b>100.00</b>	<b>910,718</b>	<b>37,947</b>

Fonte: Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS

Comparativamente, a indústria nacional de genéricos (laboratórios públicos e privados) tem diminuído expressivamente sua participação no mercado nacional de ARV. O setor privado brasileiro, que no ano de 2000 possuía 05 empresas fornecendo medicamentos ao Ministério da Saúde, representando 16,23% dos gastos com contratos de fornecimento de medicamentos anti-retrovirais, representou 6,3% dos gastos em 2006, com uma única produtora de genérico fornecendo medicamentos ARV ao Ministério da Saúde (Figura 16).

Os laboratórios estatais, entre os anos de 2001 e 2006, reduziram sua contribuição em 60,2%, reunindo nesse último ano 21,0% dos gastos com ARV no Brasil. O laboratório federal Far-Manguinhos respondeu por 7,9% deste valor.

**Figura 16.** Gasto (R\$) do Ministério da Saúde com ARV por laboratório. Brasil, 1996 a 2006.



## A licença compulsória do Efavirenz

Desde sua introdução no país, o número de pacientes tratados com Efavirenz aumentou gradativamente, passando de 2.500 em 1999 a 75.000 em 2007 (38% dos pacientes de aids). É o anti-retroviral (ARV) importado mais consumido no Brasil, com clara tendência de crescimento.

Considerando a importância do Efavirenz na política do Ministério da Saúde e após analisar os preços praticados pela própria titular da patente, a Merck & Co, Inc, no Brasil e em outros países, observou-se que no Brasil, durante todo o processo de negociação de preços, a Merck Sharp Dohme (MSD) empresa responsável pela comercialização no país, mostrou-se intransigente na negociação do preço, o qual se manteve estacionário nos últimos três anos, no valor unitário de US\$ 1,59. Ocorreram várias reuniões para negociação do contrato de 2007, entre o final de 2006 e abril de 2007, entre o Ministério da Saúde e a MSD, com cinco manifestações formais da empresa, nas quais foi expressa a proposta de reduzir em apenas 2% (dois pontos percentuais) o preço do Efavirenz 600mg, o que equivaleria a US\$ 42.071.400,00 (US\$ 568,4 por paciente por ano, ou US\$ 1,536/comprimido).

O Ministério da Saúde, no entendimento de que tem cumprido seu compromisso de garantia de acesso universal a todas as pessoas com aids em tratamento anti-retroviral, de acordo com a Lei 9313/96, considerou insuficiente a proposta de redução de 2% (dois pontos percentuais) no preço do Efavirenz 600mg para a contratação da programação para 2007, em virtude das reduções noticiadas e dos preços que estão sendo praticados no mercado internacional pela própria MSD. Solicitou à MSD que os preços fossem compatíveis com o crescente consumo do Efavirenz no Brasil e com os preços que vêm sendo praticados internacionalmente. Entretanto, conforme já mencionado, a empresa se mostrou absolutamente intransigente com relação à possibilidade de maior redução do preço praticado no País.

Diante deste cenário, no dia 25 de abril de 2007, foi publicada a Portaria 886 de 24/04/07, que declarou o interesse público relativo ao anti-retroviral Efavirenz para fins de concessão de licença compulsória para uso público não-comercial, de modo a garantir a continuidade do acesso universal e gratuito a toda medicação necessária ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/aids e a viabilidade do Programa Nacional de DST e Aids.

A empresa titular dos direitos de patente foi notificada dos fins de atendimento de interesse público, em 24 de abril de 2007, tendo um prazo de sete dias para apresentação de proposta que atendesse a tal interesse. Dentro desse prazo, o laboratório somente informou por escrito que enviaria uma nova proposta oportunamente, o que não chegou a ocorrer pelas vias formais competentes.

Desta forma, fez-se necessária a continuidade do processo de licenciamento compulsório, que se consumou com a publicação, no Diário Oficial da União, do Decreto nº 6.108, de 4 de maio de 2007, que concedeu o licenciamento compulsório, por interesse público, de patentes referentes ao Efavirenz, para uso público não comercial, garantindo assim, a viabilidade do Programa Nacional de DST e Aids e o acesso gratuito e universal.

A importação do medicamento está sendo feita por meio dos organismos internacionais multilaterais OPAS e UNICEF. Dos produtores mundiais que tinham o Efavirenz pré-qualificado pela Organização Mundial da Saúde, dois laboratórios indianos foram selecionados: o Aurobindo e o Ranbaxy, sendo que o processo de aquisição para os medicamentos do primeiro ficou a cargo do UNICEF e do outro com a OPAS. Importante notar que a pré-qualificação da OMS garante a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos.

O custo final do produto entregue pelas empresas indianas por meio dos referidos organismos internacionais, incluindo frete e royalties, foi de US\$ 0,4594 para o Efavirenz de 600mg e US\$ 0,2173 para o de 200mg. Isso representará uma redução de gastos, somente com o Efavirenz 600mg, de cerca de US\$ 30 milhões por ano.

Ressalta-se, ainda, que o pagamento dos royalties é devidamente efetuado, sendo 1,5% do valor registrado na nota fiscal.

Verifica-se, outrossim, que o licenciamento compulsório está absolutamente em conformidade com os preceitos definidos no Acordo TRIPS e com a legislação brasileira, levando em conta, também, os termos da Declaração Ministerial de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública.





### 3.6 Cooperação Internacional

Desde meados da década de 90, o Brasil tem apoiado tecnicamente alguns países da América Latina e Caribe de fala hispânica no aprimoramento de suas ações com relação à epidemia. Ao mesmo tempo, projetos de cooperação técnica começaram a ser estabelecidos com membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), depois se estendendo para países africanos de língua inglesa.

Em 2002, o governo brasileiro, por meio de seu programa de aids, abre a possibilidade para que países em desenvolvimento participem, sob demanda, do Programa de Cooperação Internacional (PCI), que consistia na doação de 100 tratamentos anti-retrovirais, em esquemas de primeira linha, a partir de fármacos produzidos nacionalmente. Atividades de capacitação em manejo clínico, logística de medicamentos e atenção às pessoas soropositivas integravam o PCI. Em 2004, o PCI é reformulado, visando facilitar o acesso universal ao tratamento de primeira linha com ARV produzidos no Brasil, em alguns países em desenvolvimento, com epidemias incipientes. Os países integrantes desse programa decidem formar, com apoio do UNICEF, a Rede Laços Sul-Sul, com foco no desenvolvimento de atividades voltadas para a redução da transmissão vertical do HIV e prevenção da aids entre mulheres, crianças e adolescentes. Além do Brasil, sete países integram essa iniciativa: Bolívia, Cabo Verde, Guiné Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé & Príncipe e Timor Leste.

Também em 2004, é criada a Rede de Cooperação Tecnológica, com apoio da Fundação Ford, que consiste no estabelecimento de atividades de transferência de tecnologia nas áreas de produção de fármacos e insumos laboratoriais. Fazem parte da rede: Argentina, Brasil, China, Cuba, Nigéria, Rússia, Tailândia e Ucrânia.

No final de 2004, o Diretor Executivo do UNAIDS e o Presidente do Brasil estabeleceram um acordo para a criação do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT). A missão principal do CICT é apoiar os países em desenvolvimento no fortalecimento de respostas sustentáveis à epidemia de aids, por meio do estabelecimento de projetos e programas de cooperação técnica. Característica marcante das atividades de cooperação desenvolvidas pelo Brasil desde o início, o CICT orienta-se pelo princípio da cooperação sul-sul, ou seja, procura utilizar recursos humanos e materiais de países em desenvolvimento, para apoiar outros em situação semelhante. Além disso, o CICT atua como articulador de cooperação técnica, mobilizando recursos financeiros de agências internacionais (tais como GTZ, DFID e agências multilaterais) para o financiamento de projetos de cooperação horizontal.

Atualmente, o CICT acompanha o desenvolvimento de projetos de cooperação técnica em 15 países, sendo 5 na América do Sul, 3 na América Central, 2 no Caribe, 4 na África e 1 na Ásia. Além de dar continuidade a esses projetos, há acordos com mais 4 países na África para a realização de novos projetos em 2008.

A partir da compreensão de que a cooperação técnica se constitui em oportunidade para um estabelecimento de diálogo político entre os países do sul, com vistas a dar visibilidade a temas importantes no enfrentamento da epidemia, o CICT tem apoiado a realização de eventos regionais. Assim, em parceria com agências multilaterais de cooperação, foram realizadas as seguintes atividades de âmbito regional:

- Apoio à criação da rede latino-americana de Pastorais de Aids;
- Elaboração de guia de ações estratégicas contra a homofobia, lesbofobia e transfobia (com versões em inglês, espanhol e português);
- Consultas Global e Regional sobre HIV/Aids e sexo comercial;
- Projeto regional de harmonização das políticas públicas de educação sexual, prevenção da aids e do uso de drogas em escolas públicas, com Argentina, Brasil, Chile, Paraguai, Peru e Uruguai);
- Curso de extensão universitária pela Universidade Iberoamericana de Puebla, México, sobre gestão de políticas públicas em HIV/aids;
- Curso de extensão universitária pela UnB sobre gestão de políticas públicas em prevenção do HIV/aids para funcionários do UNFPA nos países da América Latina e Caribe;
- Projeto de prevenção das DST/aids em regiões de fronteiras;
- Projeto de prevenção das DST/aids junto a crianças e adolescentes em situação de rua, na Bolívia, Brasil e Colômbia;
- Consulta sobre HIV/aids em ambientes prisionais (em 2008);
- Reunião Interministerial sobre HIV/Aids e Mulheres, no âmbito da CPLP (em 2008).

A atuação do CICT, seja no âmbito dos projetos de cooperação nos países, seja nos fóruns internacionais e regionais, pauta-se pelo princípio da cooperação sul-sul. Assim, pretende-se promover um espírito de cooperação entre os países em desenvolvimento, com vistas a identificar os recursos existentes e promover maior integração. Tal estratégia pretende servir como alternativa aos tradicionais modelos de cooperação horizontal, nos quais se procura aplicar metodologias de países desenvolvidos que, na maior parte das vezes, não conseguem atender às demandas e realidades específicas dos países em desenvolvimento. Nesse sentido, os projetos de cooperação estabelecidos pelo CICT são elaborados em parceria com os países, a partir dos problemas e realidades que eles enfrentam com relação à epidemia de aids.

Em suma, um dos principais objetivos da cooperação técnica em HIV/aids, desenvolvida pelo CICT, é promover as capacidades locais dos países, possibilitando maior autonomia e melhoria das respostas nacionais à epidemia.

# Anexos



## **Anexo A**

### **Indicadores e Resultados**

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS

## **Indicadores Centrais para a Implementação da Declaração de Compromissos em HIV/Aids**

Relatório Brasil 2008

Indicadores Nacionais

## Ação e Compromisso Nacional

### 1. Gastos domésticos e internacionais para aids por categoria e fontes de financiamento

#### 1.1. Objetivo:

Coletar dados consistentes e precisos sobre como os recursos são gastos em nível nacional e suas fontes.

#### 1.2. Resultado em 2007:

Em 2006, o gasto público federal foi da ordem de US\$ 567,9 milhões, incluindo-se tanto gastos do setor saúde quanto os do sistema previdenciário. Mais da metade dos gastos foram com a antiretroviral therapy (US\$ 309,6 milhões).

Maiores detalhes na planilha (anexo C).

### 2. Índice Composto da Política Nacional (Nas áreas: Gênero, programas no local de trabalho, estigma e discriminação, prevenção, apoio e cuidados; direitos humanos, envolvimento da sociedade civil e monitoramento e avaliação)

#### 2.1. Objetivo:

Analisar o progresso do desenvolvimento e implementação das estratégias e políticas de HIV e aids em nível nacional.

#### 2.2. Resultado em 2007:

Anexo B.

## Programas Nacionais

### 3. Proporção de bolsas de sangue doadas, que foram testadas para o HIV, com controle de qualidade

#### 3.1. Objetivo:

Analisar o progresso em garantir o fornecimento de sangue seguro.

#### 3.2. Resultado em 2007:

Do sangue doado em território nacional, 100% é testado e passa por controle de qualidade laboratorial interno e externo, segundo regulação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

#### 3.3. Informações adicionais:

De 1980 a 2007, foram notificados 1.050 casos de aids na subcategoria transfusão de sangue no País. Os dados do boletim epidemiológico

de 2007 mostram baixo percentual de casos por transfusão sanguínea com relação às outras formas de exposição em todas as regiões do País. Do total de casos de aids notificados em 2004 e 2005, 0,2% se deram por transfusão sanguínea (Ministério da Saúde, 2007).

#### 3.4. Fonte do Indicador:

Ministério da Saúde: Coordenação de Política Nacional de Sangue e Hemoderivados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Unidade de Laboratório do Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS).

A legislação está disponível em:

[http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT\\_VERSION&id=11662](http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT_VERSION&id=11662)

## 4. Proporção de adultos e crianças infectados com HIV em fase avançada recebendo terapia anti-retroviral

#### 4.1. Objetivo:

Analisar o progresso no provimento da terapia combinada anti-retroviral a todas as pessoas com infecção avançada de HIV.

#### 4.2. Resultado em 2007:

Em 2006, 94,8% (184.252 mil) das pessoas vivendo com HIV e aids maiores de 15 anos e que precisavam de tratamento estavam sendo tratados. A cobertura foi de 94,5% (106.334) entre os homens e 95,3% (77.918) entre as mulheres.

#### 4.3. Informações adicionais:

O indicador foi calculado como a razão entre: o número de pessoas vivendo com HIV e aids que efetivamente utilizaram anti-retroviral, no ano de 2006; e o número de pessoas vivendo com HIV que necessitaram de medicamentos ARV, no ano de 2006, considerando-se indivíduos com contagem de células T-CD4 inferior a 200/mm<sup>3</sup>, que fizeram uso do medicamento e que apresentaram quadro clínico compatível com aids, definido pelo evento do óbito.

#### 4.4. Fonte do Indicador:

Banco de dados composto pelo relacionamento dos seguintes sistemas nacionais de informações:

- SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação: o SINAN fornece dados sobre todas as doenças de notificação obrigatória no Brasil.
- SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais: trata-se de um banco de dados voltado para o monitoramento de procedimentos laboratoriais de contagem de carga viral de HIV de células T CD4/CD8, a fim de avaliar a indicação de tratamento e monitorar pacientes sob Terapia Anti-Retroviral (TARV).

- SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos: é um sistema de informação para a gestão dos procedimentos logísticos associados aos medicamentos anti-retrovirais.
- SIM – Sistema de Informações de Mortalidade: o principal objetivo do SIM é caracterizar a mortalidade no País. O sistema contém dados sobre a causa básica, a data e o local do óbito, assim como a área do município onde este ocorreu.

## 5. Proporção de mulheres grávidas HIV+, que receberam anti-retroviral para reduzir o risco de transmissão materno-infantil.

### 5.1. Objetivo:

Analisar o progresso na prevenção da transmissão vertical do HIV.

### 5.2. Resultado em 2007:

Em 2006, 51,9% das parturientes HIV+ receberam Zidovudina (AZT) solução injetável no parto, 11% maior do que o observado em 2003 (47%).

**Número de parturientes que receberam AZT injetável, número de nascidos vivos, prevalência do HIV em mulheres, número estimado de gestantes HIV+ e proporção (%) de parturientes HIV+ que receberam AZT injetável por ano.**

	2003	2004	2005	2006
Nº de parturientes HIV+ que receberam Zidovudina (AZT) solução injetável no parto (1)	6661	7233	6771	6510
Nascidos vivos (2)	3038251	3026548	3035096	3035096
Prevalência estimada do HIV em mulheres	0,47%(3)	0,42%(4)	0,42%(4)	0,41%(5)
Número estimado de gestantes HIV+	14280	12560	12596	12535
% de parturientes HIV+ que receberam Zidovudina (AZT) solução injetável no parto	46,6%	57,6%	53,8%	51,9%

### 5.3. Informações adicionais:

Com o intuito de ampliar as ações de redução da Transmissão Vertical (TV) do HIV, incluindo-se o aumento da cobertura do AZT injetável em parturientes soropositivas para o HIV, o Ministério da Saúde vem promovendo a implementação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, por meio de testes rápidos, na rede de serviços de saúde em todo o País.

Além disso, em outubro de 2007, foi lançado o “Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”, que prevê metas de redução das taxas de TV nas diferentes regiões do país até



2011, e também atividades de responsabilidades de cada uma das três esferas governamentais.

#### 5.4. Fontes do Indicador:

- (1) MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.
- (2) MS/SVS/PN-DST-AIDS - Boletim para avaliação do uso de medicamentos aids.
- (3) Szwarcwald & Carvalho, 2001.
- (4) Szwarcwald & Souza-Jr, 2006.
- (5) Szwarcwald CL, et al. 2008.

## 6. Proporção de casos incidentes de TB em HIV+ que receberam tratamento para HIV e TB.

### 6.1. Objetivo:

Analisar o progresso na detecção e tratamento da TB em pessoas vivendo com o HIV.

### 6.2. Resultado em 2007:

O País não dispõe de informações para esse indicador.

### 6.3. Informações adicionais:

Em 2006, 53,0% dos pacientes com TB realizaram teste para a detecção para HIV. Estima-se que desses 12% estejam infectados pelo HIV.

## 7. Proporção de mulheres e homens com 15-49 anos que fizeram teste de HIV nos últimos 12 meses e que tomaram conhecimento do resultado.

### 7.1. Objetivo:

Analisar o progresso na implementação da testagem e aconselhamento em HIV.

### 7.2. Resultado em 2007:

O País não dispõe de informações para esse indicador.

### 7.3. Informações adicionais:

*A Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira de 2007* está sendo finalizada e dará resposta a esse indicador.

Como proxy para esse indicador, em 2005, 33,6% da população brasileira entre 16 e 65 anos declaram ter feito o teste de HIV alguma vez na vida.

A cobertura do teste de HIV passou de 20%, em 1998, para 33,6%, em 2005 (França-Junior et al., 2007). Não houve diferença significativa na proporção de homens testados para o HIV no período. Por outro

lado, a cobertura de testagem entre as mulheres mais do que dobrou, passando de 15%, em 1998, para 38%, em 2005. Em termos da faixa etária, enquanto não houve mudanças temporais significativas entre os jovens de 16 a 19 anos, a cobertura entre aqueles de 20 a 24 anos passou de 20% para 33.2% no período.

**Cobertura de teste de HIV na população brasileira de 16 a 65 anos, segundo o sexo e a faixa etária. Brasil, 1998 e 2005.**

Características	1998	2006	p-valor
<b>Total</b>	<b>20.0</b>	<b>33.6</b>	<b>0.0001</b>
<b>Sexo</b>			
Homens	26.2	28.4	0.49
Mulheres	14.8	38.2	0.0001
<b>Faixa etária</b>			
16-19	14.8	11.6	0.55
20-24	20.0	33.2	0.003
25-34	28.9	51.2	0.0001
35-44	24.5	39.6	0.004
45-54	14.5	27.5	0.003
55-65	3.9	18.2	0.0001

Fonte: França-Junior et al., 2007.

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids, está implantando teste rápido como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV no Brasil, para prevenção da transmissão vertical do HIV e a transmissão do vírus em acidentes com material biológico, bem como facilitando o diagnóstico dessa infecção em populações vulneráveis e de difícil acesso. Desta forma, garante o princípio da equidade e a democratização dos serviços de saúde para seus cidadãos previstos no sistema político vigente.

## **8. Proporção da população sob maior risco que fez teste de HIV nos últimos 12 meses e que tomaram conhecimento do resultado.**

### **8.1. Objetivo:**

Analisar o progresso na implementação da testagem e aconselhamento em HIV entre as populações sujeitas a maior risco.

### **8.2. Resultado em 2007:**

O País não dispõe de informações de base nacional para esse indicador.

### **8.3. Informações adicionais:**

Três pesquisas estão sendo realizadas com vistas em estimar as taxas de prevalência do HIV e da sífilis e dos conhecimentos, das atitudes e das práticas relacionadas ao HIV/aids e às DST entre as profissionais

do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas. A previsão de término dessas pesquisas é dezembro de 2008.

Estudos realizados no Brasil apontam para uma cobertura de testagem nessas populações maior do que na população geral.

Em relação à população HSH, em 2004, a cobertura de testagem foi de 33% e, em 2005, de 62,2% (França-Junior et al., 2007).

Entre os UDI, o percentual de testagem observado, em 2001, foi de 44% (Ministério da Saúde, 2001) e, em 2006, 65,8% (Ferreira et al., 2006).

A cobertura de testagem entre as mulheres profissionais do sexo entrevistadas foi de 43,1%, variando entre 49,2% no grupo sob intervenção e 36,5% no grupo controle (Ministério da Saúde, 2004).

O Programa Nacional de DST e Aids vem investindo na reorganização dos Centros de Testagem e Aconselhamento existentes no Brasil. O processo em andamento inclui: sistematização de conhecimento sobre a realidade dos serviços em nível nacional; reformulação de suas diretrizes organizacionais em conjunto com as coordenações de DST/aids, os CTA e a sociedade civil organizada; e coordenação da implantação das novas diretrizes. O objetivo principal deste processo é ampliar o acesso dos segmentos populacionais mais vulneráveis às ações de prevenção e diagnóstico do HIV, além de aumentar a resolubilidade dos CTA em todas as suas frentes de atuação.

#### **Cobertura de teste de HIV entre HSH, UDI e mulheres profissionais do sexo.**

<b>População / ano</b>	<b>%</b>
<b>HSH</b>	
2004 <sup>(1)</sup>	33,3
2005 <sup>(2)</sup>	62,2
<b>Profissionais do sexo <sup>(3)</sup></b>	
2002 - total	43,1
2002 - intervenção	49,2
2002 - controle	36,5
<b>UDI</b>	
2001 <sup>(4)</sup>	44,0
2006 <sup>(5)</sup>	65,8

Fontes: (1) Ministério da Saúde, 2006; (2) França-Jr et al., 2007; (3) Ministério da Saúde, 2004; (4) Ministério da Saúde, 2001; (5) Ferreira et al, 2006.

## 9. Proporção da população sob maior risco que foi alcançada com programas de prevenção.

### 9.1. Objetivo:

Analisar o progresso na implementação de programas de prevenção ao HIV para as populações sujeitas a maior risco.

### 9.2. Resultado em 2007:

O País não dispõe de informações sobre esse indicador.

### 9.3. Informações adicionais:

Três pesquisas estão sendo realizadas com vistas em estimar as taxas de prevalência do HIV e da sífilis e dos conhecimentos, das atitudes e das práticas relacionadas ao HIV/aids e às DST entre as profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas. A previsão de término dessas pesquisas é dezembro de 2008.

## 10. Proporção de órfãos e crianças vulneráveis entre 0 e 17 anos, cujos domicílios receberam apoio para a assistência dessas crianças.

### 10.1. Objetivo:

Analisar o progresso no provimento de apoio às famílias que cuidam de crianças órfãs e vulneráveis de 0 a 17 anos de idade.

### 10.2. Resultado em 2007:

O País não dispõe de informações sobre esse indicador.

### 10.3. Informações adicionais:

Ressalta-se que a política de acesso universal à terapia ARV tem contribuído para o aumento da sobrevivência das pessoas com aids e, conseqüentemente, para a diminuição dos indicadores de mortalidade. Existem ainda no país políticas específicas de proteção para o segmento de crianças e adolescentes, tanto no escopo da política pública de saúde quanto na política nacional de assistência social. Destaca-se ainda legislação específica (Estatuto da Criança e do Adolescente), que orientam as ações do estado brasileiro, incluindo o componente de atenção e proteção a esse segmento.

Tem mérito, ainda, nesse cenário a importância da resposta comunitária desenvolvida por organizações da sociedade civil que se somam às estratégias e ações governamentais e que proporcionam atenção de crianças e adolescentes que vivem com HIV ou aids ou que estão em situação de orfandade em função da aids. Essas organizações são denominadas casas de apoio e têm o foco de seu trabalho voltado ao cuidado desse segmento populacional. Em coerência com as orientações da política nacional de aids, grande parte dessas organizações atua na perspectiva de (re)inserção social, familiar e comunitária dos órfãos em decorrência da aids.

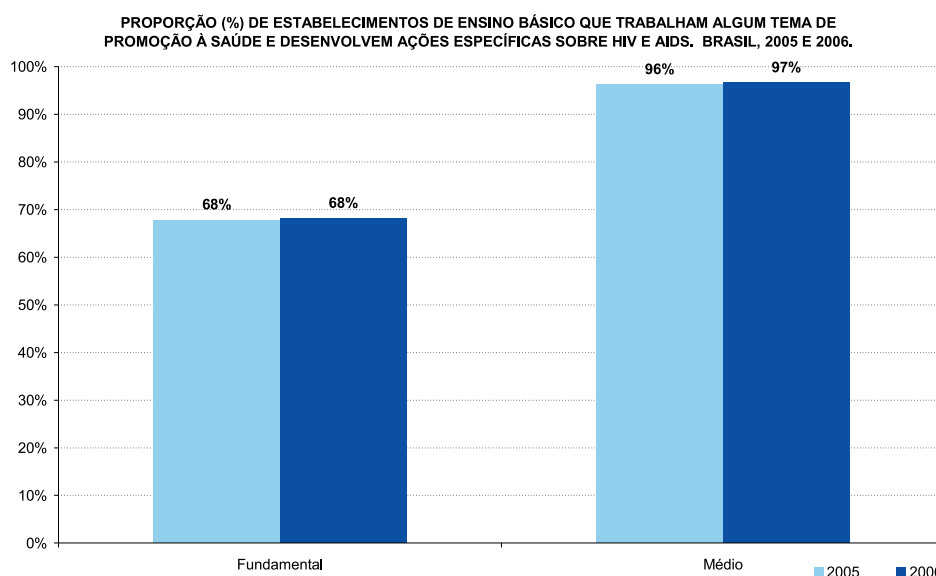
## 11. Proporção de escolas que promoveram educação sobre HIV no último ano acadêmico.

### 11.1. Objetivo:

Analisar o progresso na implementação de educação e práticas sobre o HIV em todas as escolas.

### 11.2. Resultado em 2007:

Em 2006, 60,8% dos estabelecimentos brasileiros de ensino básico que trabalhavam com promoção da saúde e prevenção incorporam o tema específico DST e aids. Considerando-se somente os estabelecimentos de ensino fundamental, a proporção foi de 68% e 97% entre as escolas de ensino médio.



Fonte: Levantamento de Saúde do Censo Escolar de 2005 e 2006.

### 11.3. Informações adicionais:

Encontra-se em andamento o processo de transformação do Projeto Saúde e Prevenção na Escola em Programa de Governo. Esse programa tem recursos previstos no Plano de Aceleração do Crescimento e Plano Plurianual.

### 11.4. Fonte do Indicador:

O Censo Escolar é um levantamento de informações estatístico-educacionais de âmbito nacional, realizado anualmente. Ele abrange a Educação Básica, em seus diferentes níveis – Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio – e modalidades – Ensino Regular, Educação Especial e Educação de Jovens e Adultos. No ano de 2005, foi incluído um encarte com perguntas específicas sobre: ações de prevenção de DST/aids, ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, prevenção do uso de drogas e gravidez na adolescência.

## Conhecimento e Comportamento

### 12. Comparecimento (frequência) na escola de crianças órfãs e não órfãs de 10-14 anos de idade.

#### 12.1. Objetivo:

Analisar o progresso na prevenção da relativa desvantagem no acesso escolar dos órfãos, em relação aos não-órfãos.

#### 12.2. Resultado em 2007:

O País não dispõe de informações sobre esse indicador.

#### 12.3. Informações adicionais:

A política pública brasileira é de acesso universal à educação, não havendo distinção quanto ao status sorológico nem tão pouco à situação de orfandade.

### 13. Proporção de mulheres e homens de 15-24 anos de idade que identificam maneiras de prevenção da transmissão do HIV e que rejeitam equívocos sobre a transmissão do HIV.

#### 13.1. Objetivo:

Analisar o progresso na disseminação universal do conhecimento dos fatos essenciais sobre a transmissão do HIV.

#### 13.2. Resultado em 2007:

Em 2004, 58,4% dos jovens entre 15 e 24 anos identificaram corretamente as formas de se proteger da transmissão sexual do HIV e rejeitaram os maiores equívocos.

O percentual obtido pelo Brasil, para a população de 15 a 49 anos, foi de quase 65%, sem variações importantes por sexo. Por outro lado, ao comparar as faixas etárias, nota-se que pessoas com idade entre 25 e 49 anos têm conhecimento maior do que os jovens de 15 a 24 anos, 68,3% e 58,4%, respectivamente. O mesmo padrão é observado para homens e mulheres.

**Proporção (%) de homens e mulheres com conhecimento correto das formas de transmissão do HIV, segundo faixa etária. Brasil, 2004.**

Sexo	15-19	20-24	15-24	25-49	Total
Masculino	55,6	66,0	60,0	70,4	66,4
Feminino	53,6	61,5	56,9	66,3	62,8
Total	54,6	63,8	58,4	68,3	64,6

Fonte: PN-DST/AIDS, Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira - 2004.

**13.3. Informações adicionais:**

A *Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira de 2007* está sendo finalizada e dará resposta a esse indicador.

**13.4. Fonte do Indicador:**

Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 54 anos de idade, 2004. Trata-se de uma pesquisa populacional realizada no Brasil no ano de 2004. O trabalho baseou-se em entrevistas domiciliares, com apenas um membro de cada residência responsável por responder o questionário. No Brasil, 6000 indivíduos foram selecionados e a amostra foi estratificada de acordo com a região geográfica (“macrorregião”): 900 entrevistas foram conduzidas nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, 1100 na região Nordeste e 2200 na região Sudeste. Em cada uma das principais regiões, a amostra foi realizada em múltiplas etapas: estados; zonas de censo; domicílios. As zonas de censo dentro de cada um dos estados foram selecionadas por amostragem sistemática, com probabilidade proporcional ao tamanho. Em cada zona, a amostragem foi feita por cotas, refletindo as seguintes categorias: estado civil (união estável ou não-estável), faixa etária (15-24; 25-39; 40-54); sexo; nível de escolaridade (2º grau não concluído; 2º grau concluído).

## **14. Proporção da população sob maior risco que pode identificar maneiras de prevenção do HIV e que rejeita equívocos sobre a transmissão do HIV.**

**14.1. Objetivo:**

Analisar o progresso na construção do conhecimento dos fatos essenciais sobre a transmissão do HIV entre as populações sujeitas a maior risco.

**14.2. Resultado em 2007:**

O País não dispõe de informações sobre esse indicador para UDI e profissionais do sexo.

Em 2004, 66,7% dos HSH identificaram corretamente as formas de se proteger da transmissão sexual do HIV e rejeitaram os maiores equívocos.

**14.3. Informações adicionais:**

Três pesquisas estão sendo realizadas com vistas em estimar as taxas de prevalência do HIV e da sífilis e dos conhecimentos, das atitudes e das práticas relacionadas ao HIV/aids e às DST entre as profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas. A previsão de término dessas pesquisas é dezembro de 2008.

**14.4. Fonte do Indicador:**

HSH: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 54 anos de idade, 2004. Trata-se de uma pesquisa

populacional realizada no Brasil no ano de 2004. O trabalho baseou-se em entrevistas domiciliares, com apenas um membro de cada residência responsável por responder o questionário. No Brasil, 6000 indivíduos foram selecionados e a amostra foi estratificada de acordo com a região geográfica (“macrorregião”): 900 entrevistas foram conduzidas nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, 1100 na região Nordeste e 2200 na região Sudeste. Em cada uma das principais regiões, a amostra foi realizada em múltiplas etapas: estados; zonas de censo; domicílios. As zonas de censo dentro de cada um dos estados foram selecionadas por amostragem sistemática, com probabilidade proporcional ao tamanho. Em cada zona, a amostragem foi feita por cotas, refletindo as seguintes categorias: estado civil (união estável ou não-estável), faixa etária (15-24; 25-39; 40-54); sexo; nível de escolaridade (2º grau não concluído; 2º grau concluído).

## 15. Proporção de mulheres e homens de 15-24 anos de idade que tiveram relação sexual antes dos 15 anos de idade.

### 15.1. Objetivo:

Analisar o progresso no aumento da idade da primeira relação sexual entre os jovens de ambos os sexos de 15 a 24 anos de idade.

### 15.2. Resultado em 2007:

Em 2004, 36,1% dos jovens brasileiros entre 15 e 24 anos relataram relação sexual antes dos 15 anos.

Em 2004, quase 26% da população brasileira entre 15-49 anos declarou ter tido relação sexual antes dos 15 anos de idade, chegando a 36,1% entre os jovens de 15 a 24 anos e 36,5% entre os homens. Desagregando-se os jovens, nota-se que quase metade daqueles entre 15 e 19 anos tiveram relação sexual antes dos 15 anos, alcançando 58% entre os homens.

Destaca-se que não houve diferença na idade média de início da vida sexual entre 1998 e 2005, 14,7 anos e 14,9 anos, respectivamente (Paiva et al., 2007).

### Proporção (%) de homens e mulheres que tiveram relação sexual antes dos 15 anos, segundo faixa etária. Brasil, 2004.

Sexo	15-19	20-24	15-24	25-49	Total
Masculino	58,0	33,0	45,3	32,1	36,5
Feminino	36,7	16,9	25,5	10,6	14,9
Total	48,7	25,0	36,1	20,9	25,6

Fonte: PN-DST/AIDS, Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira - 2004.



**15.3. Informações adicionais:**

A Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira de 2007 está sendo finalizada e dará resposta a esse indicador.

**15.4. Fonte do Indicador:**

Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 54 anos de idade, 2004. Trata-se de uma pesquisa populacional realizada no Brasil, no ano de 2004. O trabalho baseou-se em entrevistas domiciliares, com apenas um membro de cada residência responsável por responder o questionário. No Brasil, 6000 indivíduos foram selecionados e a amostra foi estratificada de acordo com a região geográfica (“macrorregião”): 900 entrevistas foram conduzidas nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, 1100 na região Nordeste e 2200 na região Sudeste. Em cada uma das principais regiões, a amostra foi realizada em múltiplas etapas: estados; zonas de censo; domicílios. As zonas de censo dentro de cada um dos estados foram selecionadas por amostragem sistemática, com probabilidade proporcional ao tamanho. Em cada zona, a amostragem foi feita por cotas, refletindo as seguintes categorias: estado civil (união estável ou não-estável), faixa etária (15-24; 25-39; 40-54); sexo; nível de escolaridade (2º grau não concluído; 2º grau concluído).

## 16. Proporção de mulheres e homens entre 15 e 49 anos, que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses com mais de um parceiro.

**16.1. Objetivo:**

Analisar o progresso na redução da porcentagem das pessoas que praticam sexo de alto risco.

**16.2. Resultado em 2007:**

Em 2004, 14,4% das pessoas entre 15 e 49 anos declararam sexo com mais de um parceiro nos últimos 12 meses.

**Proporção de homens e mulheres que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses com mais de um parceiro, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2004.**

Sexo	15-24	25-49	Total
Masculino	29,5	20,0	23,6
Feminino	7,5	4,2	5,4
Total	18,6	12,0	14,4

Fonte: PN-DST/AIDS, Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira - 2004.

Em 2005, 23,1% da população masculina entre 16 e 65 anos declaram relação sexual com mais de um parceiro no último ano e 5,2% das mulheres.

**16.3. Informações adicionais:**

*A Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira de 2007* está sendo finalizada e dará resposta a esse indicador.

Entre 1998 e 2005, houve uma diminuição na proporção de homens que relataram mais de um parceiro sexual no último ano, passando de 29,5% para 23,1%, respectivamente, ao passo que a proporção de mulheres permaneceu inalterada no período analisado (Barbosa & Koyama, 2007).

Vale ressaltar que, no Brasil, a política de prevenção pauta-se na promoção do sexo seguro e não na redução do número de parceiros.

**16.4. Fonte do Indicador:**

Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 54 anos de idade, 2004. Trata-se de uma pesquisa populacional realizada no Brasil no ano de 2004. O trabalho baseou-se em entrevistas domiciliares, com apenas um membro de cada residência responsável por responder o questionário. No Brasil, 6000 indivíduos foram selecionados e a amostra foi estratificada de acordo com a região geográfica (“macrorregião”): 900 entrevistas foram conduzidas nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, 1100 na região Nordeste e 2200 na região Sudeste. Em cada uma das principais regiões, a amostra foi realizada em múltiplas etapas: Estados; zonas de censo; domicílios. As zonas de censo dentro de cada um dos Estados foram selecionadas por amostragem sistemática, com probabilidade proporcional ao tamanho. Em cada zona, a amostragem foi feita por cotas, refletindo as seguintes categorias: estado civil (união estável ou não-estável), faixa etária (15-24; 25-39; 40-54); sexo; nível de escolaridade (2º grau não concluído; 2º grau concluído).

## **17. Proporção de mulheres e homens entre 15 e 49 anos, que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses com mais de um parceiro e que referem o uso de preservativos na última relação sexual**

**17.1. Objetivo:**

Analisar o progresso na prevenção da exposição ao HIV por sexo desprotegido com parceiros não-regulares.

**17.2. Resultado em 2007:**

Em 2004, 61,1% das mulheres e homens entre 15-49 anos que tiveram mais que um parceiro sexual nos últimos 12 meses referiram o uso do preservativo na última relação sexual.

A proporção de uso de preservativos é ligeiramente maior entre os homens quando comparados às mulheres, 62% e 57%, respectivamente. Em termos da faixa etária, o uso é maior entre os jovens de 15 a 24 anos, alcançando 72% entre os jovens do sexo masculino.

**Proporção de homens e mulheres que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses com mais de um parceiro e que referem uso de preservativo na última relação sexual, segundo faixa etária. Brasil, 2004.**

Sexo	15-24	25-49	Total
Masculino	72,3	52,9	62,0
Feminino	62,3	50,7	57,0
Total	70,2	52,5	61,1

Fonte: PN-DST/AIDS, Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira - 2004.

### 17.3. Informações adicionais:

*A Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira de 2007 está sendo finalizada e dará resposta a esse indicador.*

### 17.4. Fonte do Indicador:

Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 54 anos de idade, 2004. Trata-se de uma pesquisa populacional realizada no Brasil no ano de 2004. O trabalho baseou-se em entrevistas domiciliares, com apenas um membro de cada residência responsável por responder o questionário. No Brasil, 6000 indivíduos foram selecionados e a amostra foi estratificada de acordo com a região geográfica (“macrorregião”): 900 entrevistas foram conduzidas nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, 1100 na região Nordeste e 2200 na região Sudeste. Em cada uma das principais regiões, a amostra foi realizada em múltiplas etapas: estados; zonas de censo; domicílios. As zonas de censo dentro de cada um dos estados foram selecionadas por amostragem sistemática, com probabilidade proporcional ao tamanho. Em cada zona, a amostragem foi feita por cotas, refletindo as seguintes categorias: estado civil (união estável ou não-estável), faixa etária (15-24; 25-39; 40-54); sexo; nível de escolaridade (2º grau não concluído; 2º grau concluído).

## 18. Proporção de profissionais do sexo feminino e masculino que referem o uso do preservativo com seu último cliente.

### 18.1. Objetivo:

Analisar o progresso na prevenção da exposição ao HIV entre os profissionais do sexo através de sexo desprotegido com clientes.

### 18.2. Resultado em 2007:

O País não dispõe de informações de base nacional para esse indicador.

### 18.3. Informações adicionais:

Três pesquisas estão sendo realizadas com vistas em estimar as taxas de prevalência do HIV e da sífilis e dos conhecimentos, das atitudes e das práticas relacionadas ao HIV/aids e às DST entre as profissionais

do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas. A previsão de término dessas pesquisas é dezembro de 2008.

Pesquisa realizada em 2001, no Brasil, mostra que o uso de preservativo consistente com clientes entre as mulheres profissionais do sexo foi de 67,3, variando entre 74% no grupo intervenção e 60% no grupo controle (Ministério da Saúde, 2004).

## **19. Proporção de homens que referem o uso do preservativo na última vez que tiveram sexo anal com outro homem.**

### **19.1. Objetivo:**

Analisar o progresso na prevenção da exposição do HIV entre homens que fazem sexo anal desprotegido com parceiro masculino.

### **19.2. Resultado em 2007:**

O País não dispõe de informações de base nacional para esse indicador.

### **19.3. Informações adicionais:**

Três pesquisas estão sendo realizadas com vistas em estimar as taxas de prevalência do HIV e da sífilis e dos conhecimentos, das atitudes e das práticas relacionadas ao HIV/aids e às DST entre as profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas. A previsão de término dessas pesquisas é dezembro de 2008.

Como proxy, em 2004, 43,3% dos HSH brasileiros relataram uso de preservativo na última relação sexual, chegando a 71% de uso na última com parceiro eventual (Ministério da Saúde, 2006).

Pesquisa realizada na capital do país mostra que 52% dos HSH relataram uso consistente de preservativo nas relações anais (UnB, 2005). Outra pesquisa realizada em Campinas mostra que em torno de 40% dos HSH dessa cidade reportaram não ter tido nenhuma relação anal com parceiro HSH (Maeve et al., 2007).

## **20. Proporção de usuários de droga injetável que referem o uso do preservativo na última relação sexual.**

### **20.1. Objetivo:**

Analisar o progresso na prevenção da transmissão sexual do HIV.

### **20.2. Resultado em 2007:**

O País não dispõe de informações de base nacional para esse indicador.

### **20.3. Informações adicionais:**

Três pesquisas estão sendo realizadas com vistas em estimar as taxas de prevalência do HIV e da sífilis e dos conhecimentos, das atitudes e

das práticas relacionadas ao HIV/aids e às DST entre as profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas. A previsão de término dessas pesquisas é dezembro de 2008.

## **21. Proporção de usuários de droga injetável que referem o uso de material esterilizado na última vez que usaram droga injetável.**

### **21.1. Objetivo:**

Avaliar o progresso na prevenção do uso de drogas injetáveis associado à transmissão do HIV.

### **21.2. Resultado em 2007:**

O País não dispõe de informações de base nacional para esse indicador.

### **21.3. Informações adicionais:**

Três pesquisas estão sendo realizadas com vistas em estimar as taxas de prevalência do HIV e da sífilis e dos conhecimentos, das atitudes e das práticas relacionadas ao HIV/aids e às DST entre as profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas. A previsão de término dessas pesquisas é dezembro de 2008.

No Brasil, no período de 1982 a junho de 2007 foram notificados no SINAN 64.446 casos de aids classificados na subcategoria de exposição Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) em adultos, representando 16% do total de casos. No Brasil em 2000 a proporção de casos por UDI foi de 13,6% e esse número cai para 7,3% em 2005, mostrando tendência a decréscimo da subcategoria UDI. Essa tendência é mais acentuada entre homens (de 17,9% em 2000 para 9,5% em 2005) do que em mulheres (de 6,1% em 2000 para 3,7% em 2005), embora o número de casos em UDI do sexo masculino ter sido sempre maior entre homens.

**Casos de aids classificados como subcategoria de exposição usuários de drogas injetáveis, número (N) e proporção (%), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1988 a 2005.**

Ano de diagnóstico	N	%
1988	1002,0	22,5
1989	1613,0	26,2
1990	2692,0	30,5
1991	3782,0	32,0
1992	4336,0	29,8
1993	4721,0	28,1
1994	4580,0	25,0
1995	4661,0	22,3
1996	4814,0	20,4
1997	4826,0	18,7
1998	4781,0	16,4
1999	3967,0	15,0
2000	3714,0	13,6
2001	3206,0	11,9
2002	2950,0	10,5
2003	2659,0	9,4
2004	2138,0	8,1
2005	1674,0	7,3

Fonte: SINAN, casos notificados até junho de 2007.

## Impacto

### 22. Proporção de mulheres e homens jovens de 15-24 anos que estão infectados pelo HIV.

#### 22.1. Objetivo:

Avaliar o progresso na redução da infecção pelo HIV.

#### 22.2. Resultado em 2007:

Em 2006, a prevalência do HIV entre mulheres jovens de 15 a 24 anos era de 0,263%, bastante semelhante à observada em 2004, 0,28% (PN-DST/AIDS - Estudos Parturiente 2004 e 2006).

Em 2002, a prevalência do HIV entre jovens conscritos do exército brasileiro de 17 a 21 anos era de 0,088% (Szwarcwald et al., 2005).

#### 22.3. Informações adicionais:

O Estudo sobre conscritos militares brasileiros será finalizado em março de 2008.

#### 22.4. Fonte do Indicador:

**Mulheres:** Estudo sobre Parturientes, Programa Nacional de DST e Aids. No período de 2000-2004, a pesquisa foi bienal, empregando amostragem probabilística para a seleção das parturientes e dos estabelecimentos de saúde. A amostragem foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, os municípios foram estratificados por tamanho da população com alocação proporcional e, na segunda, 150 estabelecimentos de saúde, com probabilidade proporcional ao tamanho, foram selecionados com base no número de partos realizados em cada estabelecimento durante o ano anterior à pesquisa. Em cada maternidade, 100 mulheres foram selecionadas aleatoriamente quando da internação para o parto. Em 2002 e 2004, a pesquisa incluiu uma entrevista com as parturientes, contendo informação sobre o nível de escolaridade, solicitações de teste de HIV durante a assistência pré-natal e recibo do resultado do(s) teste(s) anteriores ao parto. Em 2006, foi realizada nova pesquisa com o mesmo desenho, mas no lugar de entrevista com as parturientes, utilizaram-se dados secundários.

**Homens:** Estudos com Conscritos do Exército Brasileiro. Essas pesquisas, realizadas anualmente entre 1996-2000, concentraram-se em diferentes objetivos de ano para ano, tendo por meta geral

aprimorar o conhecimento sobre as práticas dos jovens brasileiros do sexo masculino. Além disso, parte do questionário foi periodicamente reaplicada para determinar quaisquer mudanças comportamentais relevantes e para monitorar intervenções e atividades de prevenção nesse grupo populacional. No anos de 1998 e 2002, amostras de sangue foram coletadas para estimar a prevalência do HIV, possibilitando, dessa forma, a definição dos principais fatores de risco para o vírus entre os jovens de sexo masculino no Brasil. O relatório contendo os principais resultados da pesquisa de 2002 está disponível para consulta no Programa Nacional de DST e Aids.

## 23. Proporção de população sob maior risco infectada pelo HIV

### 23.1. Objetivo:

Analisar o progresso na redução da prevalência do HIV entre as populações sujeitas a maior risco.

### 23.2. Resultado em 2007:

O País não dispõe de informações de base nacional para esse indicador.

### 23.3. Informações adicionais:

Três pesquisas estão sendo realizadas com vistas em estimar as taxas de prevalência do HIV e da sífilis e dos conhecimentos, das atitudes e das práticas relacionadas ao HIV/aids e às DST entre as profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas. A previsão de término dessas pesquisas é dezembro de 2008.

Informações de alguns estudos de prevalência com as populações de HSH, UDI e profissionais do sexo encontram-se listados na tabela abaixo.



## Prevalência do HIV, segundo o ano e o local do estudo.

População	Ano do estudo	Local do estudo	Tamanho da amostra	Prevalência do HIV (%)
HSH	1994/1999 <sup>(1)</sup>	São Paulo	1082	10,8
	1994/2000 <sup>(1)</sup>	Belo Horizonte	635	9,6
	1999 <sup>(2)</sup>	Brasil	estimativa	4,5
	2002 <sup>(3)</sup>	Brasil	898	0,564
	2006 <sup>(4)</sup>	Campinas	658	7,4
PS	1998 <sup>(5)</sup>	Santos	697	8,0
	2002 <sup>(6)</sup>	7 cidades	2712	6,1
	2006 <sup>(7)</sup>	Santos	175	3,1
	2006 <sup>(8)</sup>	Manaus	154	2,6
UDI	1996 <sup>(9)</sup>	Salvador	221	49,5
	1998 <sup>(10)</sup>	5 cidades	287	52,5
	1999 <sup>(9)</sup>	RM de Santos	108	42,0

Fontes: (1) Ministério da Saúde, 2000; (2) Szwarcwald, 2000; (3) Szwarcwald et al., 2005 (17-21 anos); (4) Maeve et al., 2007; (5) Szwarcwald et al., 1998; (6) Ministério da Saúde, 2004; (7) Lacerda et al. 2006; (8) Dutra-Jr et al. 2006; (9) Ministério da Saúde, 2001; (10) Ministério da Saúde, 2003.

## 24. Proporção de adultos e crianças com HIV que continuam em tratamento após 12 meses do início da terapia anti-retroviral.

### 24.1. Objetivo:

Analisar o progresso no aumento da sobrevivência entre adultos e crianças infectados, mediante a manutenção da TARV.

### 24.2. Resultado em 2007:

Entre 2003 e 2006, 97,2% dos pacientes adultos maiores de 15 anos que iniciaram o tratamento ARV estavam vivos após um ano de tratamento. A proporção foi de 96,8% entre os homens e 97,8% entre as mulheres.

### 24.3. Informações adicionais:

A estimativa de sobrevivência foi feita empregando-se o método de *Kaplan-Meier*, definido o óbito a partir das informações de data do óbito registradas no SINAN e do óbito no SIM. Foram consideradas como perda de seguimento indivíduos com mais de 180 dias sem registro em qualquer um dos sistemas de informações utilizados.

### 24.4. Fonte do Indicador:

Banco de dados composto pelo relacionamento dos seguintes sistemas nacionais de informações:

- SINAN – Sistema de Informações de agravos de notificação: o SINAN fornece dados sobre todas as doenças de notificação obrigatória no Brasil.
- SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais: trata-se de um banco de dados voltado para o monitoramento de

procedimentos laboratoriais de contagem de carga viral de HIV de células T CD4/CD8, a fim de avaliar a indicação de tratamento e monitorar pacientes sob terapia anti-retroviral (TARV).

- SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos: é um sistema de informação para a gestão dos procedimentos logísticos associados aos medicamentos anti-retrovirais.
- SIM – Sistema de Informações de Mortalidade: o principal objetivo do SIM é caracterizar a mortalidade no país. O sistema contém dados sobre a causa básica, a data e o local do óbito, assim como a área do município onde este ocorreu.

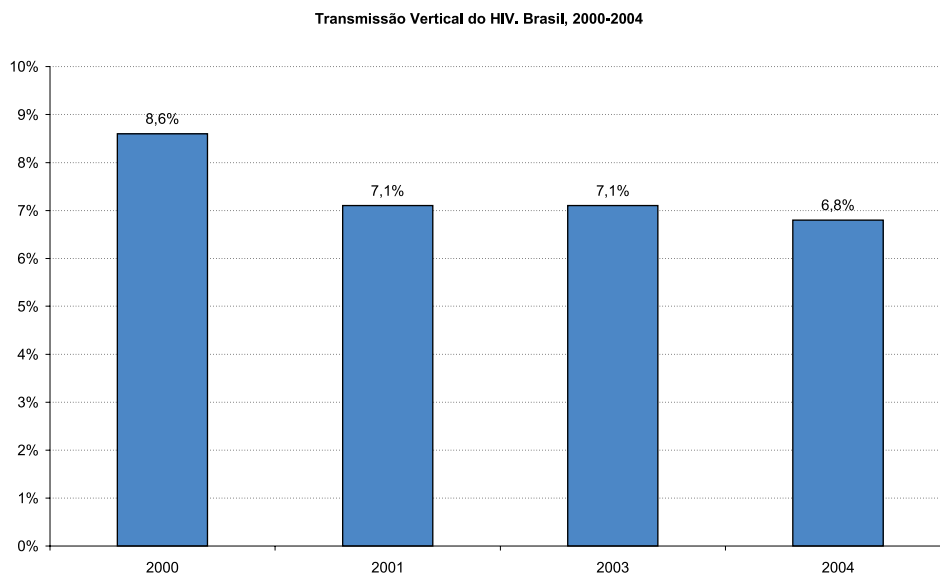
## 25. Proporção de crianças nascidas de mães HIV+ e que foram infectadas pelo HIV

### 25.1. Objetivo:

Avaliar o progresso na eliminação da transmissão vertical do HIV.

### 25.2. Resultado em 2007:

Em 2004, a transmissão vertical do HIV foi de 6,8%, uma queda de 21% em relação a 2000 (Succi et al., 2007).



### 25.3. Fonte do Indicador:

Succi RCM, Grupo de Estudos da Sociedade Brasileira de Pediatria para Avaliar a Transmissão Materno-Infantil do HIV. Transmissão materno-infantil do HIV no Brasil durante os anos 2000 e 2001: resultados de um estudo multicêntrico. Cad. Saúde Pública, 23(Sup.3): S379-S389; 2007.

#### **25.4. Informações adicionais:**

Com o intuito de ampliar as ações de redução da Transmissão Vertical (TV) do HIV, incluindo-se o aumento da cobertura do AZT injetável em parturientes soropositivas para o HIV, o Ministério da Saúde vem promovendo a implementação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, por meio de testes rápidos, na rede de serviços de saúde em todo o País.

Além disso, em outubro de 2007, foi lançado o “Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”, que prevê metas de redução das taxas de TV nas diferentes regiões do país até 2011, e também atividades de responsabilidades de cada uma das três esferas governamentais.

## Referências Bibliográficas

Barbosa RM e Koyama MAH. Mudanças recentes no comportamento e nas práticas sexuais de homens e mulheres, 1998 e 2005. Suplemento 41 da Revista de Saúde Pública. Não publicado.

Dutra-Jr JCS, Benzaken AS e Vasques GF. Prevalência de sífilis e HIV em mulheres trabalhadoras do sexo na zona portuária da cidade de Manaus-AM, utilizando a metodologia Respondent Driven Sampling. Artigo não publicado. 2006.

Ferreira AD, Caiaffa WT, Bastos FI, Mingoti SA; Projeto AjUDE-Brasil II. Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. Cad. Saude Publica. 2006; 22(4):849-60.

França-Jr I, Calazans G, Zucchi EM. Mudanças no acesso e uso de testes anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Suplemento 41 da Revista de Saúde Pública. Não publicado.

Lacerda RM, Gravato NS, Araujo N e Morell MGP. Respondent Driving Sampling (RDS): uma metodologia efetiva para estimar vulnerabilidade a transmissão do HIV entre trabalhadoras do sexo em Santos - 2006. Artigo não publicado. 2006.

Maeve M, Pinho AA, Chinaglia M, Tun W, Barbosa-Jr A, Westman S, Diaz J. Assessment of risk factors for HIV infection among men who have sex with men population in the Metropolitan Area of Campinas city, Brazil, using respondent-driven sampling. Enviado para publicação no Horizons Report/ The Population Council. 2007.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano IV - nº 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006. Ano IV - nº 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2007. Brasil. Disponível em: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) (acessado em 14/1/08).

Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (Brasil) – PCAP Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira 2004. Brasília: 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids (Brasil). Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras. Coleção DST/aids – Série Estudos, Pesquisas e Avaliação nº. 7. Brasília: 2004.

Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST e Aids (Brasil). A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Série Avaliação nº 8. Brasília: 2003.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids (Brasil). A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil 10 anos de Pesquisa e Redução de Danos. Série Avaliação nº. 8. Brasília: 2001.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids (Brasil). Projeto Ajude-Brasil: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CN-DST/AIDS. Série Avaliação nº. 6. Brasília: 2001.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids (Brasil). Bela Vista e Horizonte: Estudos Comportamentais e Epidemiológicos entre Homens que fazem Sexo com Homens. Série Avaliação nº. 5. Brasília: 2000.

Paiva V, Calazans G, Venturi G e Dias R. Início da vida sexual entre adolescentes brasileiro em 2005. Suplemento 41 da Revista de Saúde Pública. Não publicado.

Succi RCM, Grupo de Estudos da Sociedade Brasileira de Pediatria para Avaliar a Transmissão Materno Infantil do HIV. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. Cad. Saúde Pública, 23(Sup.3):S379-S389; 2007.

Szwarcwald CL, et al “Teste anti-HIV na gestação: estimativa da cobertura e taxa de prevalência mediante dados secundários, no Brasil, 2006”. Aceito para publicação no The Brazilian Journal of Infectious Diseases 2008.

Szwarcwald CL e Souza-Jr PRB. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. Boletim Epidemiológico – Aids e DST, Ano II – nº. 02, 2006.

Szwarcwald CL, Carvalho MF, Barbosa-Junior A, Barreira D, Speranza FAB, Castilho EA de. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian Military Conscripts, 1997-2002. Clinics. 2005; 60(5): 367-74.

Szwarcwald CL, de Carvalho MF. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Ano XIV nº 01. Brasília: 2001.

Szwarcwald CL. Estimativa da proporção de infectados pelo HIV para homens de 18 a 59 anos segundo a orientação sexual. Brasil, 1998. Relatório entregue ao PN-DST/AIDS em agosto de 2000.

Szwarcwald CL; Bastos FI; Gravato N; Lacerda R; Chequer PN; Castilho EA. The relationship of illicit drug use to use to hiv infection among commercial sex workers in the city of Santos, São Paulo, Brazil . The International Journal Of Drug Police 9,(1998)- 427-436.

Universidade de Brasília (Brasil). Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares Núcleo de Estudos de Saúde Pública – Comportamento sexual e cidadania junto à população de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal. Brasília: 2005.

**Anexo B**

**Índice Composto de Política Nacional - ICPN**

**Apêndice 7. Indicador do Conjunto de Políticas  
Nacionais (ICPN) 2007**

## INSTRUÇÕES

### ANTECEDENTES

O presente instrumento tem por finalidade mensurar o índice de Compromisso e Ação Nacional (*National Commitment and Action*) da UNGASS, um indicador do conjunto de políticas criado para avaliar o progresso no desenvolvimento e na implementação de políticas e estratégias nacionais em HIV/aids. **Constitui parte integrante da lista de indicadores centrais da UNGASS, devendo ser preenchido e enviado como parte do Relatório de Progresso Nacional em 2007 da UNGASS.**

Esta terceira versão do Indicador do Conjunto de Políticas Nacionais - ICPN (*National Composite Policy Index - NCPI*) foi atualizada para refletir as novas diretrizes programáticas em HIV/aids e para incorporar os novos e consensuais mecanismos de avaliação de implementação de políticas <sup>1</sup>.

Os dados do ICPN também foram incluídos em relatórios anteriores da UNGASS, em 2003 e 2005. Recomenda-se vivamente que os países elaborem uma análise de tendências sobre as questões mais importantes e incluam uma descrição dos resultados no Relatório de Progresso Nacional de 2007 <sup>2</sup>.

---

1 Policy and Planning Effort Index (Índice do Esforço em Políticas e Planejamento) ou crianças órfãs e vulneráveis em decorrência do HIV/aids, UNICEF, 2005; Scaling up Towards Universal Access (Ampliando o Acesso Universal), UNAIDS 2006; Setting National Targets for Moving Towards Universal Access (Estabelecimento de Alvos Nacionais para o Progresso em Direção ao Acesso Universal), UNAIDS 2006; Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention (Diretrizes Práticas para Intensificar a Prevenção ao HIV); UNAIDS 2007.

2 Ver as Guidelines on construction of core indicator (Diretrizes para a construção de indicadores centrais), UNAIDS 2002 e UNAIDS 2005, respectivamente, para as principais questões dos questionários ICPN anteriores.

## ESTRUTURA DO QUESTIONÁRIO

O ICPN é dividido em duas partes:

### **Parte A: destinada aos agentes governamentais.**

A parte A compreende cinco áreas:

- I. Plano estratégico
- II. Apoio político
- III. Prevenção
- IV. Tratamento, atenção à saúde e apoio
- V. Monitoramento e avaliação

### **Parte B: destinada aos representantes de organizações não-governamentais, agências bilaterais e órgãos das Nações Unidas.**

A parte B compreende quatro áreas:

- I. Direitos humanos
- II. Participação da sociedade civil
- III. Prevenção
- IV. Tratamento, atenção à saúde e apoio

**A responsabilidade geral pela coleta e envio das informações solicitadas no ICPN é dos Governos Nacionais**, por meio dos funcionários da Instituição Nacional de Aids (INA) ou equivalente, com o apoio da UNAIDS e de outros parceiros.

## PASSOS PROPOSTOS PARA A COLETA DOS DADOS

### **1. Nomeação de dois coordenadores técnicos para o estudo (um para a parte A, outro para a parte B)**

Os coordenadores técnicos deverão responsabilizar-se pela consulta e revisão de documentação e pela realização de entrevistas visando a obter respostas a questões específicas. Sugere-se que o coordenador técnico da parte A seja da INA (ou equivalente), e o da parte B, uma pessoa não ligada ao governo. Esses responsáveis devem, preferencialmente, possuir experiência em monitoramento e avaliação, podendo requisitar a assistência de consultor(es) com semelhante experiência.

### **2. Coleta dos dados**

Cada seção deverá ser preenchida por meio de: (a) consulta e revisão de documentação e (b) entrevistas com as pessoas mais destacadas e capacitadas a prestar informações sobre cada tópico:

- **Plano Estratégico e Apoio Político:** o Diretor ou Vice-Diretor do Programa Nacional de Aids ou do Conselho Nacional de Aids; os



gerentes do Programa de Aids nos níveis provinciais e distritais; a UNAIDS.

- **Monitoramento e Avaliação:** Funcionários do Comitê Nacional de Aids ou equivalente, Ministério da Saúde, pontos focais em HIV nos demais Ministérios.
- **Direitos Humanos:** Funcionários do Ministério da Justiça; membros de comissões de direitos humanos; representantes de organizações não-governamentais de direitos humanos; centros ou instituições oficiais de apoio; pessoas vivendo com o HIV.
- **Participação da Sociedade Civil:** os responsáveis pelas principais organizações da sociedade civil atuantes na área do HIV/aids; pessoas vivendo com o HIV.
- **Prevenção e tratamento, atenção à saúde e apoio:** Ministérios e principais agências/organizações atuantes nessas áreas, incluindo organizações não-governamentais e pessoas vivendo com o HIV.

### 3. Envio dos dados, análise e interpretação

Após o preenchimento completo do ICPN, os coordenadores técnicos devem revisar cuidadosamente todas as respostas para determinar se serão necessárias consultas adicionais ou revisão de mais documentos. É importante analisar os dados de cada uma das seções do ICPN e incluir, no Relatório de Progresso Nacional, um detalhamento sobre o progresso realizado no desenvolvimento de políticas e estratégias e implementação de programas para deter a epidemia de HIV/aids no país. Outros comentários sobre as concordâncias/discrepâncias a respeito das questões que se repetem nas Partes A e B também devem ser incluídos, assim como uma análise das tendências com base nos principais dados do ICPN desde 2003, se disponíveis. Os resultados do ICPN deverão ser apresentados, discutidos e consolidados durante a oficina de consulta nacional da UNGASS (veja item 4, abaixo). Recomenda-se vivamente incluir os dados consolidados finais no Sistema de Informação sobre as Respostas Nacionais (*Country Response Information System - CRIS*). Caso isso não seja possível, uma versão eletrônica do questionário preenchido deverá ser incluída como apêndice no Relatório de Progresso Nacional.

### 4. Oficina de consulta organizada pela INA (ou equivalente)

É vivamente recomendado que a INA (ou equivalente) organize um amplo fórum de consulta, com a duração de um dia, para discutir e endossar os principais resultados do relatório nacional da UNGASS, incluindo os resultados do ICPN. Espera-se que as organizações da sociedade civil, compreendendo organizações religiosas, grupos de igualdade de gênero, grupos de direitos das mulheres, organizações de direitos humanos e assistência jurídica e outras organizações não-governamentais de destaque sejam convidadas a participar.

### Entrevistados para o ICPN

[Na tabela abaixo, indique todos os entrevistados cujas respostas foram compiladas para preencher (partes do) ICPN; adicione quantas linhas forem necessárias]

#### ICPN – PARTE A [destinada aos agentes governamentais]

Organização	Nome/Cargo	Entrevistados da Parte A [indique as seções sobre as quais cada qual foi entrevistado]				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
PN DST/AIDS (NAP) - MS	Mariangela Simão/ diretora	X	X	X	X	X
PN DST/AIDS (NAP) - MS	Eduardo Barbosa/diretor-adjunto	X	X	X	X	X
PN DST/AIDS (NAP) - MS	Jacqueline Rocha Côrtes/ assessora técnica de cooperação internacional	X	X	X	X	
PN DST/AIDS (NAP) - MS	Sérgio D'Ávila/Assessor Técnico Responsável da área de planejamento	X	X			
PN DST/AIDS (NAP) - MS	Ivo Brito/Assessor Técnico Responsável da área de prevenção			X		
PN DST/AIDS (NAP) - MS	Ana Roberta Pati/ Assessora Técnica Responsável da área de M&A; Karim Sakita M&A e Elizabeth Moreira dos Santos/Professora titular (Escola Nacional de Saúde Pública)					X X
PN DST/AIDS (NAP) - MS	Cleidy Eliana; Rogério Scapini; Orival Silveira; Cristine Ferreira; Rosângela Ribeiro; Ivana Cordeiro; Eduardo Campos; Denis Ribeiro/ Assessores Técnicos das áreas de assistência, de laboratórios e de DST				X	
PN DST/AIDS (NAP) - MS	Mauritânia Pereira; Ana Paula Prado; Rubens Duda; Ângela Pires; Adailton da Silva; Karen Bruck/ Assessores técnicos da área de Articulação com a Sociedade Civil e de Direitos Humanos	X	X	X	X	
PN DST/AIDS (NAP) - MS	Gerson Fernando; Fernanda Sardella Alvim; Erika Rezende/ Assessores técnicos da área de Informação e Vigilância	X	X	X	X	

**ICPN – PARTE B [destinada às organizações não-governamentais, agências bilaterais e órgãos das Nações Unidas]**

Organização	Nome/Cargo	Entrevistados da Parte B [indique as seções sobre as quais cada qual foi entrevistado]			
		B.I	B.II	B.III	B.IV
OPS/OMS, Brasil.	Diego Victoria, Representante no Brasil	X	X	X	X
UNAIDS, Brasil.	Pedro Chequer, Representante no Brasil	X	X	X	X
ONG Gestos	Alessandra Nilo, presidente	X	X	X	X
ONG Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT	Toni Reis, presidente	X	X	X	X

*Comentários do governo:*

- *ICPN parte B foi enviado para várias instituições da SC, como a Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/Aids ; representantes da SC no GT Unaid, e outras instâncias representativas, mas apenas os acima listados retornaram com suas repostas. No entanto, representações nacionais e de PVHA participaram do processo de monitoramento UNGASS por meio dos fóruns e seminários realizados no País, inclusive o Seminário Nacional UNGASS para elaboração, discussão e consolidação do Relatório de Progresso de País.*

Nota: Nas questões do ICPN, N/A significa “não aplicável”

## QUESTIONÁRIO SOBRE O INDICADOR DO CONJUNTO DE POLÍTICAS NACIONAIS

### PARTE A

[destinada aos agentes governamentais]

#### I. PLANO ESTRATÉGICO

##### 1. Seu país já desenvolveu uma estratégia multissetorial/quadro de ação para combater o HIV/aids?

(As estratégias multissetoriais devem incluir aquelas desenvolvidas pelos Ministérios, como os listados no item 1.3, mas não devem ser restritas às mesmas)

*Sim*

*Período: Desde a constituição oficial do Programa Nacional de DST e Aids, ocorrida em 1986, o Brasil desenvolve estratégias multissetoriais voltadas ao enfrentamento da epidemia, incluindo planos estratégicos e planos operacionais/ações e metas anuais.*

*Se NÃO ou N/A, explique brevemente:*

**SE SIM, responda às questões de 1.1 a 1.10; caso contrário, vá para a questão 2.**

##### 1.1 Por quanto tempo o país possui/possuiu uma estratégia multissetorial/quadro de ação?

*Número de anos: 21 ANOS*

### 1.2 Quais setores foram incluídos nessa estratégia multissetorial/quadro de ação, com um orçamento específico para atividades relativas ao HIV?

Setores incluídos	Quadro estratégico	Orçamento específico
Saúde	sim	sim
Educação	sim	sim
Tabalho	não	não
Transportes	não	não
Militares/Polícia	sim	não**
Mulheres	sim	não**
Jovens	sim	não
Outros*:	sim (justiça)	sim (saúde prisional)

\*Como os seguintes: Agricultura, Economia, Recursos Humanos, Justiça, Minas e Energia, Planejamento, Obras Públicas, Turismo, Indústria e Comércio

#### *Se NÃO há orçamento específico, como o dinheiro é alocado?*

Os recursos provenientes do orçamento do Ministério da Saúde não são realocados para outros ministérios, mas quando há previsão de ações conjuntas intersetoriais pode existir financiamento integral das ações com recursos desta origem. Além disso, recursos próprios de outras pastas de governo são também alocados para atividades desenvolvidas em conjunto, mesmo que estes não constem do orçamento como rubrica específica.

### 1.3 A estratégia multissetorial/quadro de ação aborda as seguintes áreas, populações-alvo e temas transversais?

<b>Populações-alvo</b>	
a. Mulheres e meninas	a. Sim
b. Jovens (de ambos os sexos)	b. Sim
c. Populações em situação de maior risco <sup>3</sup>	c. Sim
d. Órfãos e outras crianças vulneráveis	d. Sim
<b>Áreas</b>	
e. Local de trabalho	e. Sim
f. Escolas	f. Sim
g. Prisões	g. Sim
<b>Temas transversais</b>	
h. HIV/aids e pobreza	h. Sim
i. Defesa dos direitos humanos	i. Sim
j. Participação das PVHA	j. Sim
k. Redução do estigma e discriminação	k. Sim
l. Fortalecimento e igualdade de gêneros	l. Sim

<sup>3</sup> Os grupos populacionais localmente identificados como sujeitos a um risco mais alto de transmissão do HIV (usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e seus clientes, migrantes fronteiriços, trabalhadores migratórios, populações que se deslocam internamente, refugiados, presidiários, etc.).

#### 1.4 As populações-alvo foram identificadas mediante um processo de análise e avaliação das necessidades?

*Sim*

**Se SIM**, quando essa análise/avaliação foi efetuada?

Ano: *realização de estudos desde a década de 90:*

- *Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST e Aids (Brasil). PCAP Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira 2004. Brasília: 2006.*
- *Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa entre Conscritos do Exército Brasileiro 1996-2002: Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.128p. Série Estudos Pesquisas e Avaliação n.º 2*
- *França-Jr I, Calazans G, Zucchi EM. Mudanças no acesso e uso de testes anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Artigo não publicado, submetido à Revista de Saúde Pública.*
- *Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST e Aids (Brasil). Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids. Série avaliação n.º 4. Brasília: 2000.*
- *Szwarcwald CL & Souza Jr PRB. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Ano III n.º 01: 11-15. Brasília: 2006.*
- *Szwarcwald CL, Carvalho MF. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. Boletim Epidemiológico DST/AIDS. Ano XIV n.º 01. Brasília: 2001.*
- *Szwarcwald CL, Castilho, EA. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. Cadernos de Saúde Pública, 16(Sup.1): 135-141; 2000.*
- *Souza-Jr PRB de, Szwarcwald CL, Barbosa-Jr A et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Revista de Saúde Pública, 38(6):764-772; 2004.*
- *Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa nacional de DST e aids. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 104p.:il.color. –(Série Estudos Pesquisas e Avaliação)*

**Se NÃO**, como as populações-alvo foram identificadas?

**1.5 Quais são as populações-alvo no país?**

*Principais: Profissionais do sexo, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens, travestis, transexuais e outros grupos prioritários como mulheres, jovens e população geral.*

**1.6 A estratégia multissetorial/quadro de ação inclui um plano operacional?**

*Sim*

**1.7 A estratégia multissetorial/quadro de ação ou plano operacional incluem:**

- |  |            |
|--|------------|
| a. A definição dos objetivos gerais do programa?           | <i>Sim</i> |
| b. Alvos e/ou marcos claros?                               | <i>Sim</i> |
| c. O orçamento detalhado dos custos por área programática? | <i>Sim</i> |
| d. Identificação das fontes de financiamento?              | <i>Sim</i> |
| e. Quadro de monitoramento e avaliação?                    | <i>Sim</i> |

**1.8 Seu país assegurou “a plena participação e envolvimento” da sociedade civil <sup>4</sup> no desenvolvimento da estratégia multissetorial/quadro de ação?**

*Envolvimento ativo*

*Em caso de ENVOLVIMENTO ATIVO, explique brevemente como ocorreu:*

1. Constituição da Comissão Nacional de DST e Aids em 1986, com representações de OSC, academia, gestores estaduais e municipais de saúde, com reuniões regulares a cada dois meses.
2. Estímulo à constituição das comissões estaduais e municipais de DST e aids nos 26 estados e DF e 450 municípios que recebem recursos específicos para o enfrentamento da aids do Ministério da Saúde, abrangendo 98% dos casos de aids no País.
3. Fortalecimento de ações das OSC como uma das prioridades do PN, incluindo o financiamento de projetos de abrangência local, estadual e nacional.
4. Estímulo à participação nos espaços de formulação, análise, planejamento, acompanhamento das ações, estratégias e planos construídos por meio de reuniões, encontros, seminários, grupos de trabalho, formação de comissões, entre outros.

<sup>4</sup> A sociedade civil inclui, entre outros: redes de pessoas vivendo com HIV; organizações de mulheres; organizações de jovens; organizações religiosas; organizações prestadoras de serviços em aids; organizações comunitárias; organizações de principais grupos afetados (incluindo HSH, PS, UDI, migrantes, refugiados, populações em deslocamento, presidiários); organizações de trabalhadores, organizações de direitos humanos etc. Para os fins do ICPN, o setor privado é considerado separadamente.

5. Manutenção na estrutura do Programa Nacional de um unidade específica para fomento da articulação com a sociedade civil e promoção de direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids e dos grupos mais vulneráveis.

*Em caso de ENVOLVIMENTO MODERADO ou NÃO-ENVOLVIMENTO, explique brevemente:*

- 1.9 A estratégia multissetorial/quadro de ação foi endossada pela maioria dos parceiros externos de desenvolvimento (bilaterais, multilaterais)?

*Sim*

- 1.10 Os parceiros de desenvolvimento externos (bilaterais, multilaterais) alinharam e harmonizaram seus programas de HIV e aids à estratégia multissetorial/quadro de ação nacional?

*Sim, todos os parceiros*

2. Seu país tem integrado a questão do HIV/aids nos seus planos de desenvolvimento geral, tais como: a) O Plano Nacional de Desenvolvimento; b) a Avaliação do Desenvolvimento Nacional (Common Country Assessments - CCA) e o Quadro das Nações Unidas de Assistência ao Desenvolvimento; c) as Estratégias para a Redução da Pobreza e d) o Plano de Ampla Ação Setorial (Sector Wide Action Plan - SWAP)?

*Sim*

- 2.1 SE SIM, em quais planos de desenvolvimento o apoio político para a questão do HIV/aids está integrado?

- a) *Plano Nacional de Desenvolvimento*
- b) *Avaliação do Desenvolvimento Nacional – por meio de metas específicas no Plano Plurianual do governo federal*
- c) *Inclusão no Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) – “Mais Saúde”*



## 2.2 SE SIM, quais das áreas políticas abaixo estão incluídas nesses planos de desenvolvimento?

X Assinale a política ou estratégia incluída

Área política	Planos de Desenvolvimento				
	a)	b)	c)	d)	e)
Prevenção ao HIV	X	X	X		
Tratamento de infecções oportunistas	X				
Tratamento anti-retroviral - TARV	X	X	X		
Assistência e apoio (incluindo seguridade social e outros mecanismos)	X				
Redução do impacto do HIV/aids	X	X			
Redução das desigualdades de gênero em relação à prevenção/tratamento e assistência/apoio do HIV/aids	X	X			
Redução das desigualdades de renda em relação à prevenção/tratamento e assistência/apoio do HIV/aids	X	X			
Redução do estigma e da discriminação	X	X			
Fortalecimento econômico das mulheres (p. ex., acesso ao crédito, à terra, à educação)					
Outros:					

## 3. Seu país avaliou o impacto do HIV/aids no desenvolvimento socioeconômico, para fins de planejamento?

*Sim*

### 3.1 SE SIM, em que medida as decisões sobre alocação de recursos têm sido comunicadas/publicadas?

*Baixa*

*Alta*

0 1 2 3 4 5

## 4. Seu país tem um quadro estratégico/plano de ação para abordar as questões do HIV e Aids dentro dos serviços nacionais de militares, policiais, interventores, segurança prisional etc?

*Sim*

**4.1 SE SIM, quais dos seguintes programas foram implementados além do estágio inicial, a fim de atingir uma proporção significativa de um ou mais desses serviços?**

Educação para mudança comportamental	Sim
Fornecimento de preservativos	Sim
Aconselhamento e testagem de HIV*	Sim
Serviços em DST	Sim
Tratamento	Sim
Atenção à saúde e apoio	Sim
Outros:	Sim

**\* Qual é a abordagem em relação à testagem e aconselhamento em HIV? A testagem de HIV é voluntária ou compulsória (por ex., no serviço militar)? Explique brevemente:**

A testagem é voluntária e gratuita no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo possível a testagem anônima nos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA. Existe legislação específica que proíbe a testagem compulsória, bem como prevê o sigilo profissional.

**5. Seu país cumpriu os compromissos para o Acesso Universal estabelecidos durante o encontro de Alto Nível sobre Aids em junho de 2006?**

*Sim*

**5.1 O Plano Estratégico Nacional/plano operacional e o orçamento nacional para o HIV/aids foram ajustados a esses compromissos?**

*Sim*

**5.2 As estimativas quanto ao tamanho dos subgrupos da principal população-alvo foram atualizadas?**

Estão em andamento três estudos nacionais abrangendo populações vulneráveis (prostitutas, gays e outros HSH e UD) com previsão de conclusão para o segundo semestre de 2008.

O último estudo parturiente (2006) foi finalizado em 2007. Em relação à população de 17-19 anos masculina, está em fase final de análise de conscritos do exército.

**5.3 Existem estimativas confiáveis e projeções futuras quanto ao número de adultos e crianças que necessitarão de tratamento anti-retroviral?**

*Sim, por meio de estimativas, projeções e pelos sistemas de informação.*

**5.4 A cobertura do programa de HIV e aids está sendo monitorada?***Sim*

(a) SE SIM, a cobertura é monitorada por sexo (homens, mulheres)?

*Sim*

(b) SE SIM, a cobertura é monitorada por subgrupos populacionais?

*Sim***SE SIM**, que subgrupos populacionais?

População em geral; HSH; UDI/UD; Profissionais do Sexo; população indígena; escolares; jovens; gestantes; população confinada; caminhoneiros; travestis e transexuais, dentre outros.

(c) A cobertura é monitorada por área geográfica?

*Sim***SE SIM**, em que níveis (provinciais, distritais, outros)?

Nacional, regional, estadual e municipal.

**5.5 Seu país desenvolveu um plano para fortalecer os sistemas de saúde, incluindo infra-estrutura, recursos humanos e sistemas logísticos para o fornecimento de medicamentos?***Sim*

Em geral, como você avaliaria o esforço dedicado ao planejamento estratégico nos programas de HIV e aids em 2007 e em 2005?

2007	Ruim										Bom	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2005	Ruim											Bom
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

- *Foram aprimorados os Planos de Ações e Metas (PAM) da esfera federal que subsidiam e norteiam a elaboração dos Planos de Ações e Metas das esferas estaduais e municipais;*
- *Foram aprimorados os processos de pactuações, entre as três esferas de governo, nas instâncias formais do Sistema Único de Saúde, possibilitando, desta forma, uma melhoria no alcance dos resultados esperados para o período.*

## II. APOIO POLÍTICO

Apoio político inclui: a ação do governo e de líderes políticos que discursam com frequência sobre aids e presidem reuniões importantes regularmente; a alocação de recursos orçamentários nacionais para apoiar os programas de aids; e a utilização de organizações e processos governamentais e não-governamentais para proporcionar um apoio eficaz aos programas de aids.

### 1. Os membros do alto escalão do governo discursam publicamente em favor dos esforços que estão sendo feitos na área de aids, nas arenas nacionais mais importantes, pelo menos duas vezes ao ano?

Presidente/Chefe de governo	<i>Sim</i>
Outros membros do alto escalão	<i>Sim</i>
Outros funcionários nas regiões ou distritos	<i>Sim</i>

### 2. Seu país possui uma entidade nacional multisetorial de gerenciamento/ coordenação em HIV/aids legalmente constituído e reconhecido (Conselho Nacional de Aids ou equivalente)?

*Sim* - Toda a política nacional de saúde no Brasil é coordenada pelo Ministério da Saúde, a quem cabe a efetivação das articulações multissetoriais de interesse da área. O Ministério da Saúde é o ministério com o maior orçamento dentro do governo federal. O Ministério da Saúde mantém espaços de controle social importantes como o Conselho Nacional de Saúde, que envolve representações de diversos setores da sociedade, governamentais e não-governamentais, que apreciam e deliberam sobre a política de saúde do País. O Conselho Nacional de Saúde é uma entidade multissetorial, mas não é executiva, isto é, não tem funções gerenciais.

A liderança do Ministério da Saúde no enfrentamento da epidemia da aids, com clara responsabilização, mantém uma autoridade nacional reconhecida publicamente, que coordena a política nacional, ao tempo em que financia diretamente ações relacionadas à assistência e prevenção em DST/aids, assim como articula políticas intersetoriais de governo para a promoção de direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/aids e dos grupos mais vulneráveis.

A política de enfrentamento da aids no país é coordenada pelo Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, que mantém a Comissão Nacional de Aids como instância consultiva, com representações de OSC, academia, gestores estaduais e municipais de saúde, outros ministérios como Educação, Defesa, Trabalho e Previdência Social, reunindo-se regularmente a cada dois meses. O Programa Nacional estabelece as diretrizes, prioridades e plano nacional para o enfrentamento da epidemia no Brasil, devidamente aprovadas pela Comissão Nacional de Aids. A Comissão é instituída por portaria ministerial e tem suas atividades regulamentadas por um regimento interno.

**SE NÃO**, explique brevemente:

**2.1 SE SIM, quando foi criado?**

*Ano:* O Programa Nacional de DST e Aids foi criado em 1986 e a direção do programa coordena a Comissão Nacional de Aids.

**2.2 SE SIM, quem é o Diretor?**

Dra. Mariângela Batista Galvão Simão - Diretora

**2.3 SE SIM, essa entidade:**

Possui termos de referência?	Sim
Consta com liderança e participação ativas por parte do Governo?	NA
Possui um quadro de membros definido?	Sim
Inclui representantes da sociedade civil? SE SIM, em que porcentagem? ( 22%)	Sim
Inclui pessoas vivendo com o HIV?	Sim
Inclui o setor privado?	Sim
Possui um plano de ação?	Não*
Possui um Secretariado Funcional?	Sim
Reúne-se ao menos trimestralmente?	Sim
Revisa decisões políticas regularmente?	Sim
Promove ativamente decisões políticas?	Sim
Oferece oportunidade à sociedade civil para participar do processo decisório?	Sim
Fortalece a coordenação dos doadores, de modo a evitar financiamentos paralelos e duplicidades no esforço de programação e informação?	Não **

Nota: \* As diretrizes e prioridades para o plano nacional são aprovadas anualmente pela Comissão Nacional de Aids. O Plano de Ações e Metas nacional é elaborado pelo Programa Nacional de DST e Aids; anualmente são elaborados também planos de ações e metas estaduais e municipais.

\*\* A resposta nacional às DST/aids no Brasil não tem financiamento de doadores.

**3. Seu país possui uma entidade nacional de HIV e aids que promove a interação entre o governo, as pessoas portadoras de HIV, o setor privado e a sociedade civil para a implementação de programas e estratégias em HIV e aids?**

*Sim*      *Comissão Nacional de DST e Aids \_ CNAIDS*

**3.1 SE SIM, essa entidade:**

Possui termos de referência?	Sim Portaria Ministerial número 101/86
Possui um quadro de membros definido?	Sim
Possui um plano de ação?	Não (Assessora o Plano Nacional)
Possui um secretariado funcional?	Sim
Reúne-se regularmente?	Sim Freqüência das reuniões: bimestral

*SE SIM,*

*Quais são suas principais realizações?*

***Discute, acompanha e fiscaliza a implementação da Política Nacional. Integra os diferentes parceiros nacionais.***

*Quais são os principais desafios na atuação dessa entidade?*

Harmonização de diferentes olhares na agenda para o enfrentamento da epidemia.

**4. Que porcentagem do orçamento nacional para o HIV/aids foi gasta em atividades implementadas pela sociedade civil no ano passado?**

*Porcentagem 2,43% (recursos federais transferidos aos estados, pela política de incentivo e recursos transferidos diretamente do MS para sociedade civil).*

**5. Que tipo de apoio a INA (Instituição Nacional de Aids) (ou equivalente) oferece aos parceiros do programa nacional, em particular às organizações da sociedade civil?**

a. Informações sobre necessidades e serviços prioritários	Sim
b. Orientação técnica/materiais	Sim
c. Oferta e distribuição de medicamentos/insumos	Sim
d. Coordenação com outros parceiros	Sim
e. Capacitação	Sim
Outros: apoio político para interlocução entre SC e governos estaduais e municipais e para articulações entre constituintes.	

***Nota:*** A instituição nacional de aids no Brasil é o Programa Nacional de DST e Aids-MS

**6. Seu país revisou as políticas e legislação nacionais para identificar quais delas são inconsistentes com a política nacional de controle da aids?**

*Sim*

**6.1 SE SIM, as políticas e legislação foram modificadas para adequarem-se à política nacional de controle da aids?**

*Sim*

**6.2 SE SIM, que políticas e legislação foram modificadas, e quando?**

*Política/Lei: BRASIL. Portaria nº5, de 19 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 22 de fevereiro de 2006, Seção 1. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças na notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.*

*Política/Lei: Brasil. Portaria nº34, de 28 de julho de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 29 de julho de 2005, Seção 1. Nº 145. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais.*

*Política/Lei: Portaria GM-MS 569 de 1 de junho de 2000. (Gabinete Ministerial) Regulamenta a obrigatoriedade da oferta do teste anti-HIV para gestantes durante o pré-natal.*

*Política/Lei: Acesso Universal aos Ant-iretrovirais – lei 9113/96 - Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids. Ano:1996*

*Política/Lei: Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE é a sigla do projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”, desenvolvido e executado pelos Ministérios da Saúde e da Educação com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da Organização das Nações para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).*

*O projeto tem como objetivo trabalhar os temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva nas escolas, a partir de uma abordagem integrada de saúde e educação. O SPE espera ainda promover o protagonismo juvenil por meio de atividades que estimulem os jovens e adolescentes atuarem como sujeitos transformadores da realidade.*

*Os eixos temáticos do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas são:*

- Gestão integrada entre saúde e educação*
- Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*
- Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e aids*
- Diversidade sexual*

- *Relações de gênero*
- *Raça e etnia*
- *Direitos humanos*
- *Acesso a insumos de prevenção*
- *Cooperação internacional*
- *Participação juvenil*
- *Crianças e adolescentes vivendo com HIV e aids (Prevenção PositHIVa)*
- *Populações vulneráveis*
- *Institucionalização do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas*
- *Avaliação e Monitoramento*

*Política/Lei: Brasil sem Homofobia - O Programa Brasil sem Homofobia – vinculado à Presidência da República - foi lançado em 2004, a partir de uma série de discussões entre o Governo Federal e a sociedade civil, com o intuito de promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas.*

[Liste as mais relevantes]

Em geral, como você avaliaria o apoio político dado ao programa de HIV e aids em 2007 e 2005?

2007	Ruim											Bom	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2005	Ruim												Bom
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:



### III. PREVENÇÃO

1. Seu país possui uma política ou uma estratégia que promova informação, educação e comunicação em relação a HIV e aids junto à população geral?

*Sim*      *Não*      *N/A*

1.1. SE SIM, que mensagens principais são explicitamente transmitidas?

X      Assinale a mensagem explicitamente transmitida

Abstinência sexual	
Adiamento da iniciação sexual	
Fidelidade	
Redução do número de parceiros sexuais	
Uso contínuo de preservativos	X
Fazer sexo seguro	X
Evitar sexo comercial	
Evitar o uso de drogas injetáveis	
Usar agulhas e seringas limpas/descartáveis	X
Combater a violência contra as mulheres	X
Aceitação e envolvimento das pessoas vivendo com HIV	X
Maior envolvimento dos homens em programas de saúde reprodutiva	
Outros:	
X      Estímulo ao diagnóstico precoce	
X      Combate à homofobia e outras formas de discriminação	
X      Respeito à diversidade sexual e de gênero	
X      Prevenção PositHIVa– estímulo à adesão ao tratamento, nutrição, qualidade de vida para PVHA.	

1.2 No último ano, o país implementou uma ação ou programa para promover reportagens adequadas sobre HIV/aids pela mídia?

*Sim*

2. Seu país possui uma estratégia ou política para os jovens que promova educação reprodutiva e sexual relacionada ao HIV/aids?

*Sim*

**2.1 A educação sobre o HIV faz parte no currículo escolar:**

Nas escolas primárias?	Sim
Nas escolas secundárias?	Sim
No treinamento dos professores?	Sim

**2.2 Essa estratégia/currículo oferece a mesma educação sobre reprodução e saúde sexual para jovens tanto do sexo masculino como do feminino?***Sim***2.3 Seu país possui alguma estratégia voltada para os jovens fora das escolas?***Sim***3. Seu país tem uma política ou uma estratégia que promove informação, educação e comunicação em relação a HIV e aids e outras intervenções preventivas em saúde junto às populações em situações de maior risco?***Sim*

SE NÃO, explique brevemente.

**3.1 SE SIM, que grupos populacionais e que aspectos da prevenção ao HIV são abordados por essa política/estratégia?**

X Assinale a política/estratégia incluída

	UDI	HSB	Profissionais do Sexo	Clientes dos profissionais do sexo	Presidiários	Outros grupos populacionais (indique) População indígena; caminhoneiros; rurais e pop. móveis (fronteiras) mulheres; PVHA; e jovens
Informação, educação e aconselhamento sobre a redução de risco	X	X	X		X	X
Redução do estigma e discriminação	X	X	X		X	X
Incentivo ao uso de preservativos	X	X	X	X	X	X
Testagem e aconselhamento em HIV	X	X	X		X	X
Saúde reprodutiva, incluindo prevenção e tratamento das DST			X			X
Redução das vulnerabilidades (por ex., geração de renda)	N/A	N/A		N/A	N/A	X
Tratamento de substituição de droga	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programas de seringas e agulhas	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Em geral, como você avaliaria o esforço político no apoio à prevenção do HIV em 2007 e em 2005?

2007	Ruim										Bom		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2005	Ruim												Bom
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

#### 4. Seu país identificou os distritos (ou equivalente geográfico no nível descentralizado) que necessitam de programas de prevenção?

*Sim*

**SE NÃO**, como os programas de prevenção ao HIV têm sido disseminados?

**SE SIM**, em que medida os seguintes programas de prevenção ao HIV foram implementados nesses distritos\* identificados?

**X** Assinale o nível de implementação relevante para cada atividade ou indique N/A se não-aplicável

Programas de prevenção ao HIV	A atividade foi implementada:		
	Em todos os distritos* identificados	Na maioria dos distritos* identificados	Em alguns dos distritos* identificados
Segurança do sangue	X		
Precauções universais na estrutura da atenção à saúde	X		
Prevenção da transmissão vertical do HIV		X	
Educação/informação sobre redução de riscos		X	
Educação/informação sobre redução do estigma e discriminação	X		
Promoção do uso de preservativos	X		
Testagem e aconselhamento em HIV		X	
Redução de danos para usuários de drogas injetáveis			X
Redução de riscos para homens que fazem sexo com homens		X	
Redução de riscos para profissionais do sexo		X	
Programas para outras populações vulneráveis		X	
Serviços em saúde reprodutiva, incluindo prevenção e tratamento das DST	X		
Educação sobre aids para jovens nas escolas		X	
Programas para jovens fora das escolas			X
Prevenção do HIV no local de trabalho		X	
Outros			

\*Distritos ou equivalente nível geográfico/descentralizado em áreas urbanas e rurais.

Em geral, como você avaliaria o esforço direcionado para a implementação dos programas de prevenção ao HIV em 2007 e em 2005?

2007 Ruim Bom

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2005 Ruim Bom

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

*Em 2007 houve reformulação das estratégias para o enfrentamento da epidemia em alguns grupos vulneráveis, realizada de forma pactuada com organizações representativas dos movimentos sociais e dos gestores estaduais (CONASS) e municipais de saúde (CONASEMS), possibilitando o estabelecimento de objetivos e metas para alcance dos resultados.*

#### IV. TRATAMENTO, ASSISTÊNCIA E APOIO

1. Seus país possui uma política ou estratégia para promover o tratamento, atenção e apoio em HIV/aids? (Atenção abrangente inclui, mas não está limitada a tratamento, a testagem e ao aconselhamento em HIV, apoio psicológico e à atenção à saúde baseada no domicílio e na comunidade).

*Sim*

- 1.1 SE SIM, essa política dá suficiente atenção às mulheres, crianças e populações em situação de alto risco?

*Sim*

2. Seu país identificou os distritos (ou equivalente nível geográfico/descentralizado) que necessitam de serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids?

*Sim*

SE NÃO, como os serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids têm sido disseminados?

SE SIM, em que medida os seguintes serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids têm sido implementados nos distritos\* identificados?

**X** Assinale o nível relevante de implementação para cada atividade, ou indique N/A se não-aplicável

Serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids	O serviço foi implementado:		
	Em todos os distritos* identificados	Na maioria dos distritos* identificados	Em alguns dos distritos* identificados
a. Terapia anti-retroviral	X		
b. Assistência nutricional			X
c. Tratamento pediátrico de aids	X estados		X municípios
d. Controle das doenças sexualmente transmissíveis	X estados		X municípios
e. Assistência psicológica para pessoas vivendo com HIV e aids e seus familiares	X estados		X municípios
f. Assistência domiciliar			X
g. Cuidados paliativos e tratamento das infecções comumente associadas ao HIV		X	
h. Testagem e aconselhamento em HIV para pacientes de TB			X
i. Testagem de TB para pessoas infectadas pelo HIV	X		
j. Terapia preventiva de TB para pessoas infectadas pelo HIV	X		
k. Controle da infecção por TB nos locais de tratamento e assistência de HIV	X		
l. Profilaxia de cotrimoxazol para as pessoas infectadas pelo HIV	X		
m. Profilaxia pós-exposição (por ex., exposição ocupacional ao HIV, estupro)		X	
n. Serviços de tratamento em HIV no local de trabalho ou sistemas de indicação de tratamento a partir do local de trabalho			X
o. Atenção e apoio ao HIV no local de trabalho (incluindo esquemas alternativos de trabalho)			X
p. Outros programas: Programa de Adesão ao Tratamento		X	
Programa de Substituição de Leite Materno	X		

\* Distritos ou equivalente nível geográfico/descentralizado em áreas urbanas e rurais.

**3. Seu país possui uma política para o uso/desenvolvimento de medicamentos genéricos ou para a importação paralela de medicamentos contra o HIV/aids?**

*Sim, para uso e desenvolvimento de medicamentos genéricos.*

**4. Seu país tem acesso à aquisição regional (regional procurement) e a mecanismos de gestão de fornecimento (supply management) de insumos essenciais, como medicamentos anti-retrovirais, preservativos e drogas de substituição?**

*Sim*

#### 4.1 SE SIM, para quais insumos?

*Anti-retrovirais – ARV.*

Em geral, como você avaliaria o esforço envidado na implementação dos programas de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids em 2007 e em 2005?

2007	Ruim											Bom	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2005	Ruim												Bom
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

*Em 2007 o Brasil fez uso das flexibilidades previstas em TRIPS e emitiu uma licença compulsória para o efavirenz, possibilitando a aquisição do medicamento genérico num primeiro momento, com desenvolvimento nacional do produto. Aperfeiçoou a metodologia para definição do protocolo de atendimento de PVHA, numa visão da integralidade da atenção; houve inclusão no protocolo de atendimento de aspectos relacionados à prevenção positiva, adesão e qualidade de vida.*

*O país investiu na produção nacional de preservativos, com implantação de uma fábrica estatal na região amazônica, com manejo sustentável da matéria prima (látex). Ampliou também a aquisição governamental de preservativos para 1 bilhão de unidades.*

#### 5. Seu país possui uma política ou estratégia para atender as necessidades adicionais em relação ao HIV/aids de órfãos e de outras crianças vulneráveis (OCV)?

*Não, à medida que é uma epidemia concentrada, a realidade do impacto é diferenciada dos países com epidemias generalizadas. Com a garantia de tratamento ARV desde 1996, houve redução expressiva da mortalidade e aumento importante na sobrevivência e qualidade de vida das PVHA, diminuindo a orfandade. No que se refere ao suporte social, o Programa Nacional de DST/aids apóia a manutenção de casas de apoio para crianças e adolescentes, além de contar com outros programas sociais do governo e de OSC (Organizações da Sociedade Civil) voltados às crianças em situações de risco do governo. Não se evidencia abandono resultante da orfandade em decorrência da aids.*

##### 5.1 SE SIM, existe uma definição operacional para as OCV no país?

*Não*

##### 5.2 SE SIM, o país possui um plano nacional de ação específico para as OCV?

*Não*

**5.3 SE SIM, o país possui uma estimativa das OCV atendidas pelos mecanismos existentes?**

N/A

*SE SIM*, que porcentagem das OCV está sendo atendidas? %

Em geral, como você avaliaria o esforço no sentido de suprir as necessidades dos órfãos e outras crianças vulneráveis em 2007 e em 2005?

2007	Ruim											Bom
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2005	Ruim											Bom
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

N/A

## V. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**1. Seu país possui um plano nacional unificado para Monitoramento e Avaliação (M&A)?**

*Sim* Anos de abrangência: 2004; 2008.

**1.1. SE SIM, o plano de M&A foi endossado pelos principais parceiros em M&A?**

*Sim*

**1.2. O plano de M&A foi desenvolvido mediante consulta à sociedade civil, incluindo as pessoas vivendo com o HIV?**

*Não, mas inclui a formação de OSC e PVHA em metodologias de M&A.*

**1.3. Os principais parceiros alinharam e harmonizaram seus requisitos em M&A (incluindo indicadores) com o plano nacional de M&A?**

*Sim, todos os parceiros.*

**2. O plano de Monitoramento e Avaliação inclui:**

Uma estratégia de coleta e análise de dados?	<i>Sim</i>
Vigilância comportamental?	<i>Sim</i>
Vigilância do HIV?	<i>Sim</i>
Um conjunto de indicadores padronizado e bem definido?	<i>Sim</i>

Diretrizes para o uso de mecanismos de coleta de dados? *Sim*  
 Uma estratégia para avaliar a qualidade e a precisão dos dados? *Sim*  
 Uma estratégia para a disseminação e utilização dos dados? *Sim*

### 3. Existe um orçamento para o plano de M&A?

*Sim* Anos de abrangência: 2004/2008.

#### 3.1 SE SIM, o financiamento já foi garantido?

*Sim*

### 4. Existe um departamento ou unidade funcional dedicado ao M&A?

*Sim*

SE NÃO, quais são os principais obstáculos para o estabelecimento de um Departamento ou Unidade Funcional em M&A?

#### 4.1 SE SIM, a Unidade ou Departamento de M&A funciona:

Na INA (ou equivalente)? *Sim*  
 No Ministério da Saúde? *Sim*

#### 4.2 SE SIM, quantos e que tipo de profissionais permanentes e temporários trabalham na Unidade ou Departamento de M&A?

- Número dos profissionais permanentes: 4 e 8 Pontos Focais capacitados em M&A em unidades técnicas do PN-DST/AIDS

- Cargo: 4 assessores técnicos permanentes na Assessoria de M&A e 8 pontos focais em M&A que integram as demais áreas técnicas

Período: integral/ parcial Desde quando? 2003

Número dos profissionais temporários: 2 consultores; 1 especialista em avaliação e 1 especialista em M&A



**4.3 SE SIM, existem mecanismos efetivos para garantir que todos os principais parceiros na implementação encaminhem seus dados e relatórios de M&A ao Departamento/Unidade de M&A, para revisão e inclusão nos relatórios nacionais?**

*Sim*

***SE SIM, o mecanismo de fato funciona? Quais são os principais desafios?***

Sim, funciona. Desafios: 1 – ampliar e consolidar a rede descentralizada de M&A; 2 – harmonizar a pluralidade de interesses referentes a discriminar indicadores operacionais do PN-DST/AIDS dos indicadores de efeitos na população.

**4.4 SE SIM, em que medida as Nações Unidas, instituições bilaterais e outras compartilham seus resultados em M&A?**

*Baixa*

*Alta*

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

**5. Existe um Comitê ou Grupo de Trabalho em M&A que se reúna regularmente para coordenar as atividades de M&A?**

*Sim, com reuniões regulares*

***SE SIM, indique a data da última reunião:*** dezembro/2007

**5.1 O Comitê ou Grupo inclui representantes da sociedade civil e de pessoas vivendo com HIV?**

*Não*

***SE SIM, descreva o papel dos representantes da sociedade civil e das pessoas vivendo com o HIV no grupo de trabalho:***

**6. A Unidade/Departamento de M&A gerencia um banco de dados nacional?**

*Sim*

**6.1 SE SIM, de que tipo é esse banco de dados?** *MONITORAIDS*–*www.aids.gov.br/monitoraids* (Sistema on line que disponibiliza os indicadores do Plano Nacional de M&A)

**6.2 SE SIM, ele inclui informação sobre o conteúdo, populações-alvo e cobertura geográfica das atividades programáticas, bem como os organismos implementadores?**

*Sim*

**6.3 Existe um Sistema funcional\* de Informações em Saúde?**

Nível nacional	Sim
Nível subnacional	Sim
SE SIM, em que nível(is)? Estadual (2) e municipal(3)	

(\*Envia regularmente dados coletados diretamente de instalações de saúde, agregados em nível de distrito e enviados para a instância nacional para serem analisados e utilizados em diversos níveis)

**6.4 Seu país publica ao menos uma vez por ano um relatório de M&A em HIV/aids, incluindo dados de vigilância em HIV?**

*Sim*

**7. Em que medida os dados de M&A estão sendo usados no planejamento e implementação?**

*Baixa* *Alta*

0    1    2    3    4    5

***Cite exemplos do uso dos dados:***

*Teste Rápido (estratégia implementada por meio de bases em evidências); pesquisas de linhas de base e comportamentais orientando estratégias para o enfrentamento da epidemia em grupos vulneráveis; incorporação de novas drogas, entre outros.*

***Quais são os principais desafios no que concerne ao uso dos dados?***

*Uma avaliação sistemática da influência dos achados de M&A na prática institucional do PN DST/AIDS.*

**8. No ano passado, houve treinamento em M&A:**

- No nível nacional? *Sim SE SIM, N° de pessoas treinadas: 1000*
- No nível subnacional? *Sim SE SIM, N° de pessoas treinadas: 470*
- Incluindo a sociedade civil? *Sim SE SIM, N° de pessoas treinadas: 300*

Em geral, como você avaliaria o esforço em M&A no programa de HIV/aids em 2007 e em 2005?

2007	Ruim											Bom	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2005	Ruim												Bom
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

*Capacitação em larga escala dos quadros técnicos de estados e municípios e de OSC. Produção e validação de material educativo de apoio em M&A amplamente difundido.*

**PARTE B**

**Destinada aos representantes de organizações não-governamentais, agências bilaterais e órgãos das Nações Unidas**

**NOTA do PN-DS/AIDS - MS:** *As respostas foram dadas por parceiros da SC e organismos internacionais, conforme preenchimento na página 4 deste instrumento. No entanto, de acordo com orientação do ICPN na página 03 – Envio de dados, análise e interpretação – em caso de discrepâncias/concordâncias, outros comentários são cabíveis no instrumento parte B. Nesse sentido, os comentários do governo estão destacados em cor verde quando devidos.*

**I. DIREITOS HUMANOS**

- 1. Seu país possui legislação e regulamentos que protegem contra a discriminação as pessoas vivendo com HIV/aids?** (tais como leis que disponham sobre a discriminação de forma geral ou que citem especificamente o HIV, enfocando aspectos relacionados a habitação, escola, emprego, atenção à saúde etc).

*Sim*

**1.1 SE SIM, especifique:**

O portal do Programa Nacional de Aids (<http://www.aids.gov.br>) disponibiliza em versão eletrônica on line uma publicação em três volumes que contém os seguintes assuntos relativos à legislação nacional e internacional concernente o campo das DST/HIV e aids:

- Instrumentos Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos Ratificados pelo Brasil;
- Declaração Universal dos Direitos Humanos;

- Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos;
- Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais;
- Convenção Americana de Direitos Humanos;
- Decreto Legislativo nº 56 de 19/04/95 (que aprova os textos do Protocolo de São Salvador e do Protocolo referente à Abolição da Pena de Morte);
- Decreto nº 1.004 de 13/05/96 (que Institui o Programa Nacional de Direitos Humanos);
- Organização Político-Administrativa e Assistência à Saúde;
- Assistência Social;
- Benefícios Fiscais;
- Código Penal e Penitenciário;
- Normas Éticas do Conselho Federal de Medicina;
- Legislações dos Estados.

O portal da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT (<http://www.abglt.org.br>), criada em 1995, também disponibiliza legislação brasileira, de outros países e internacional relativa a homossexuais, HIV/aids, união civil, imigração, previdência, orientação sexual e outras.

– O Portal da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids RNP+ (<http://www.rnpvha.org.br>), criada em 1995. Esta rede aglutina esforços das pessoas vivendo com HIV/aids nas diversas formas de controle social e fortalecimento da cidadania, direitos humanos, luta contra a discriminação. Exerce liderança na mobilização, provisão de recursos técnicos, informações e oportunidades para melhorar a qualidade vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

**2. Seu país possui leis ou regulamentos contra a discriminação que especificam formas de proteção para grupos populacionais vulneráveis?**

*Sim*

**2.1 SE SIM, para que grupos populacionais?**

- |                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| a) Mulheres                        | <i>Sim</i> |
| b) Jovens                          | <i>Sim</i> |
| c) UDI                             | <i>Sim</i> |
| d) HSH                             | <i>Sim</i> |
| e) Profissionais do sexo           | <i>Sim</i> |
| f) Presidiários                    | <i>Sim</i> |
| g) Populações móveis e migratórias | <i>Não</i> |
| h) Outros:                         |            |

**SE SIM,**

*Explique brevemente que mecanismos são utilizados para assegurar que essas leis sejam implementadas:*

Existe uma boa plataforma jurídica. O maior problema é a observância dessas leis e a aplicação dela em todas as circunstâncias.

Leis de proibição de discriminação por orientação sexual em 08 estados e 109 cidades.

Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre a proteção integral de crianças e adolescentes, incluindo qualquer forma de discriminação negligência, exploração, violência, crueldade e opressão.

*Comentários do governo:*

- *Instâncias de proteção de direitos como os Ministérios Públicos Federal e Estaduais, Defensorias Públicas e centros de referência estão constituídos em todo o território nacional;*
- *Além da legislação federal, existem leis de proibição de discriminação por orientação sexual em 08 estados e 109 municípios.*

*Descreva quaisquer sistemas de revisão/emenda utilizados para garantir que essas leis estejam surtindo o efeito desejado:*

São 47 centros de referência GLBT que recorrem a essas leis em casos de denúncia de discriminação.

Além de legislação e políticas nacionais existem políticas específicas tais como o Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros, o Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST e o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Lei de Redução de Danos para usuários de drogas.

*Comentários do governo:*

- *O país conta com uma Secretaria Especial de Direitos Humanos, no gabinete da Presidência da República, com instâncias semelhantes constituídas em todos os estados da federação. Conta ainda com observatórios de direitos humanos ligados aos diferentes grupos de OSC (Organizações da Sociedade Civil), apoiados com recursos governamentais federais.*

**3. Seu país possui leis, regulamentos ou políticas que dificultam a efetiva prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV para os grupos populacionais vulneráveis?**

*Sim*

**3.1 SE SIM, para que grupos populacionais?**

- |                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| a) Mulheres                        | <i>Não</i> |
| b) Jovens                          | <i>Não</i> |
| c) UDI                             | <i>Sim</i> |
| d) HSH                             | <i>Não</i> |
| e) Profissionais do sexo           | <i>Não</i> |
| f) Presidiários                    | <i>Não</i> |
| g) Populações móveis e migratórias | <i>Não</i> |
| h) Outros:                         |            |

*SE SIM, descreva brevemente o conteúdo dessas leis, regulamentos ou políticas e como as mesmas impõem dificuldades:*

Há leis de “Redução de Danos” para usuários de drogas injetáveis, que prevêm a disponibilização de seringas. Uma dificuldade é a acusação do incentivo ao uso de drogas. Essas leis existem em cinco diferentes estados, normatizando as ações de redução de danos.

*Comentários do governo:*

- Existem leis em cinco estados regulamentando a “Redução de Danos” para usuários de drogas injetáveis que prevêm a disponibilização de seringas descartáveis. A política nacional nas áreas de Saúde Mental e do Programa de DST e Aids do Ministério da Saúde, assim como da Secretaria Nacional Anti-Drogas da Presidência da República recomendam as estratégias de redução de danos como eficazes na redução da transmissão do HIV entre usuários de droga injetável. Entretanto, setores conservadores da sociedade e de alguns governos associam os programas de redução de danos ao incentivo ao uso de drogas, o que dificulta em alguns estados a implementação efetiva deste tipo de programa. Além disso, a legislação nacional relacionada ao tráfico de drogas também dificulta o acesso aos usuários em algumas regiões.*

**4. A promoção e proteção dos direitos humanos é explicitamente mencionada nas políticas ou estratégias relativas ao HIV/aids?**

*Sim*

**5. Existe algum mecanismos de registro, documentação e abordagem dos casos de discriminação experimentados pelas pessoas vivendo com HIV e aids e populações sujeitas a situação de alto risco?**

*Sim*

*SE SIM, descreva brevemente esse mecanismo*

Financiamento do Estado para as ONG para demandas legais no sistema judiciário do País.

Além de registro de denúncias no Sistema de Monitoramento de eventos de discriminação e/ou estigma no Programa Nacional.

Portal [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br).

*Comentários do governo:*

- *Há 47 assessorias jurídicas para proteção e orientação de pessoas vivendo com HIV/aids e populações vulneráveis, abrangendo todos os estados brasileiros e com financiamento federal. Alguns estados também mantém projetos com OSC para demandas legais no sistema judiciário. Além disso, o Programa Nacional de DST e Aids mantém um banco de dados para o registro de denúncias neste campo.*

**6. O Governo, por meio de apoio político e financeiro, tem envolvido as populações vulneráveis no desenvolvimento das políticas em HIV e a implementação de programas?**

*Sim*

*SE SIM, descreva alguns exemplos*

O país tem o Plano Nacional de Enfrentamento da Aids e DST entre gays, outros homens que fazem sexo com homens, e travestis, lançado em junho de 2007, disponibilizado para consulta pública à sociedade e que define estratégias de prevenção e assistência ao HIV/aids nestes setores assim como a promoção dos direitos humanos e o respeito às diferenças.

*Comentários do governo:*

- *O governo federal financia projetos voltados ao fortalecimento de ativistas, instituições e redes de PVHA e populações vulneráveis. Há participação efetiva das OSC na elaboração dos planos específicos para o enfrentamento da epidemia, entre gays, outros homens que fazem sexo com homens, travestis, mulheres, prostitutas e usuários de drogas.*

## 7. Seu país possui uma política de serviços gratuitos em:

- |                                |            |
|--------------------------------|------------|
| (a) prevenção ao HIV           | <i>Sim</i> |
| (b) tratamento anti-retroviral | <i>Sim</i> |
| (c) atenção e apoio em HIV     | <i>Sim</i> |

*SE SIM, descreva brevemente que passos estão sendo dados, em relação aos aspectos orçamentários, para implementar essas políticas:*

O Sistema Único de Saúde garante a universalidade de acesso aos serviços de saúde, inclusive os serviços relativos ao HIV/aids. Portanto, há recursos orçados nos níveis estaduais e municipais. O Governo Federal também repassa recursos de “incentivo” aos estados e a municípios maiores, especificamente para o HIV/Aids.

A Lei Federal 9313/1996 garante o acesso gratuito aos medicamentos anti-retrovirais e o governo implantou um sistema de controle de notificação de casos de aids e dispensação de medicamentos que possibilite estimar a quantidade necessária e prover orçamento de acordo.

### *Comentários do governo:*

- O Sistema Único de Saúde garante a universalidade de acesso aos serviços de saúde, inclusive os serviços relativos ao HIV/aids e a programas de prevenção. Há recursos orçados nos níveis federal, estaduais e municipais. Além disso, o Ministério da Saúde descentraliza 10% do orçamento do Programa Nacional de DST e Aids a todos os estados e 450 municípios, especificamente para incentivos de Planos de Ações e Metas em HIV/Aids, abrangendo prevenção, tratamento e atenção e apoio às PVHA. O governo federal financia a assistência às PVHA, incluindo os exames de monitoramento, consultas e atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares.*
- A aquisição de medicamentos para infecções oportunistas e preservativos é norteadada pelas pactuações entre governo federal, estados e municípios, bem como contrapartidas. Evidenciam-se dificuldades no cumprimento das pactuações.*

## 8. Seu país possui uma política que garanta igualdade de acesso à prevenção, tratamento, atenção e apoio tanto para mulheres quanto para homens? Em particular, que garanta o acesso das mulheres a esses serviços fora do contexto da gravidez e parto?

*Sim*

Existe um protocolo de atendimento pré-natal/no parto para gestantes, visando reduzir a transmissão vertical.

Existe o Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST.



**9. Seus país possui uma política que garanta igualdade de acesso à prevenção, tratamento, atenção e apoio para as populações em situação de alto risco?**

*Sim*

O Programa Nacional de DST e Aids sempre tem priorizado essas populações. Mas no nível dos estados e municípios, há desigualdades na forma como essas populações são abordadas.

**9.1 Existem diferenças de abordagem para as populações em situação de alto risco?**

*Sim*

*SE SIM, explique brevemente essas diferenças:*

Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST.

Plano de Enfrentamento da Aids e outras DST entre Gays, HSH e Travestis.

**10. Seu país possui uma política que proíba testagem de HIV para fins relacionados ao emprego (contratação, promoção, treinamento, benefícios)?**

*Sim*

**11. Seu país possui uma política para garantir que os protocolos de pesquisas em HIV e AIDS que trabalham com sujeitos humanos sejam examinados e aprovados por um comitê de ética local ou nacional?**

*Sim*

**11.1 SE SIM, o comitê de ética inclui representantes da sociedade civil e pessoas vivendo com o HIV?**

*Sim*

*SE SIM, descreva a efetividade desse comitê:*

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CONEP adscrita ao Conselho Nacional de Saúde.

Por meio da Resolução 196, normatiza e define as diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Cumpre funções de ordem consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa - CEP- organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.

A CONEP e os CEP têm composição multidisciplinar com participação de pesquisadores, estudiosos de bioética, juristas, profissionais de saúde, das ciências sociais, humanas e exatas, e representantes de usuários.

O CEP local analisa os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. A resolução se rege pela garantia dos princípios da autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência.

## 12. Seu país possui os seguintes mecanismos de monitoramento e garantia dos direitos humanos?

- Existência de instituições nacionais independentes para a promoção e proteção de direitos humanos, incluindo comissões de direitos humanos, comissões para reforma da legislação e ouvidores que lidam com questões de HIV e aids no seu trabalho.

*Sim*

- Estabelecimento de pontos focais dentro dos departamentos do governo que trabalham com saúde e outros, para monitorar violações de direitos humanos em relação ao HIV e discriminação também ligada ao HIV em áreas como habitação e emprego.

*Sim*

- Desenvolvimento de indicadores ou marcos de desempenho para:
  - a) Adequação aos padrões de direitos humanos, no contexto dos esforços sendo feitos em HIV e aids.

*Sim*

- b) Redução do estigma e discriminação relacionados ao HIV.

*Sim*

**SE SIM em qualquer dos itens acima**, descreva alguns exemplos:

Conselho Nacional de Combate à Discriminação

Comissão Nacional de Aids

Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (Programa Nacional de DST e Aids)

Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (Ministério da Saúde)

Comissão dos Direitos Humanos do Congresso Nacional

Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos da Presidência da República

*Comentários do governo:*

- *Comissão dos Direitos Humanos do Congresso Nacional*
- *Frente Parlamentar de HIV/aids do Congresso Nacional*
- *Frente Parlamentar da Diversidade do Congresso Nacional*

**13. Membros do Judiciário (incluindo cortes e tribunais do trabalho) foram treinados ou sensibilizados em relação às questões de direitos humanos em HIV e aids que poderão surgir no decorrer nos seus trabalhos?**

*Sim*

**14. Os seguintes serviços de assistência jurídica são disponibilizados em seu país?**

- Sistemas legais de auxílio em ações envolvendo HIV e aids

*Sim*

- Empresas jurídicas do setor privado ou centros universitários que forneçam serviços jurídicos gratuitos ou de baixo custo para as pessoas vivendo com HIV.

*Sim*

- Programas de educação e conscientização para as pessoas vivendo com HIV sobre seus direitos.

*Sim*

**15. Existem programas projetados para transformar as atitudes sociais de discriminação e estigmatização associadas a HIV e aids em compreensão e aceitação?**

*Sim*

SE SIM, que tipo de programas?

- Mídia Sim
- Educação nas escolas Sim
- Pronunciamentos regulares de pessoas de destaque Sim
- Outros

*Comentários do governo:*

- *Outros: materiais para informação, educação e comunicação.*

Em geral, como você avaliaria as políticas, leis e regulamentos existentes para promover e proteger os direitos humanos em relação ao HIV e Aids em 2007 e em 2005?

2007	Ruins										Boas
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Ruins										Boas
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

*Existem bons instrumentos, entretanto são de difícil implementação. Concorrem para isso fatores associados a valores culturais e falta de seguimento e acompanhamento. Falta o exercício do controle social pela cidadania.*

*Destacar os progressos orientados a reduzir desigualdades raciais e atender especificidades das mulheres.*

**Comentários do governo:**

- *Existem bons instrumentos descritos anteriormente pela SC, entretanto são de difícil implementação efetiva em curto prazo, devido a fatores socioeconômicos e culturais, assim como o desconhecimento da existência da legislação por parte de alguns grupos. O registro e a visibilidade das violações ainda são incipientes no País.*
- *Destacam-se progressos orientados a reduzir desigualdades raciais, como as cotas para a universidade e leis específicas para proteção de mulheres vítimas da violência (Lei Maria da Penha). O fortalecimento do protagonismo e da visibilidade das PVHA vem ampliando a interlocução com diferentes instâncias de governo – executivo, legislativo e judiciário, para formulação de mecanismos de proteção.*

Em geral, como você avaliaria o esforço para fortalecer as políticas, leis e regulamentos existentes em 2007 e em 2005?

2007	Ruim										Bom
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Ruim										Bom
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

*Esforços vêm sendo feitos na elaboração de instrumentos para buscar a factibilidade na redução da epidemia.*

**Comentários do governo:**

- *Em relação à pontuação, observa-se que dois valores foram atribuídos em função da multiplicidade de respostas. Nesse sentido, o governo avalia dentro da média acima: 6 para 2005 e 7 para 2007.*
- *Houve maior articulação do Programa Nacional com outras áreas de governo, intra-setor saúde e intersetorial. Na Saúde destaca-se a construção de ações conjuntas com o Programa da Saúde da Família, da Tuberculose, Hepatites, Saúde da Mulher, Saúde do Preso e Gestão Participativa e com o Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Nacionais e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.*
- *Em relação à consolidação de ações conjuntas com outros ministérios, destacamos as parcerias efetivadas com a Secretaria Especial de Direitos Humanos e da Secretaria Especial de Política para Mulheres da Presidência da República, dos Ministérios da Educação e da Defesa.*

## II. PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL <sup>5</sup>

1. Em que medida a sociedade civil tem contribuído para o fortalecimento do compromisso político dos principais líderes e para a formulação das políticas nacionais?

*Baixa*

*Alta*

0    1    2    3    4    5

2. Em que medida os representantes da sociedade civil têm participado dos processos de planejamento e orçamento do Plano Estratégico Nacional de HIV e Aids ou do plano das atividades ora em curso (p. ex., comparecimento às reuniões de planejamento, revisão de minutas)?

*Baixa*

*Alta*

0    1    2    3    4    5

3. Em que medida os serviços oferecidos pela sociedade civil nas áreas de prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV estão incluídos:

- a. Nos planos nacionais estratégicos e nos relatórios nacionais?

Pergunta que não se aplica ao Brasil a não ser em ações de prevenção. A assistência e o tratamento no País são atribuições do Sistema Único de Saúde.

*Baixa*

*Alta*

0    1    2    3    4    5

*Comentários do governo:*

- *As ações de prevenção são realizadas nos serviços de saúde e por OSC, seguindo diretrizes da política nacional.*

- b. No orçamento nacional?

*Baixa*

*Alta*

0    1    2    3    4    5

<sup>5</sup> A sociedade civil inclui, entre outros: redes de pessoas vivendo com HIV; organizações de mulheres; organizações de jovens; organizações religiosas; organizações prestadoras de serviços em aids; organizações comunitárias; organizações de principais grupos afetados (incluindo HSH, PS, UDI, migrantes, refugiados, populações em deslocamento, presidiários); organizações de trabalhadores, organizações de direitos humanos etc. Para os fins do ICPN, o setor privado é considerado separadamente.

*Comentários do governo:*

- *À medida que o Programa Nacional de DST e Aids destina parte dos recursos alocados para programas de aids pelo Ministério da Saúde para projetos e convênios com a SC.*

#### 4. Seu país incluiu a sociedade civil na Revisão do Plano Estratégico Nacional?

*Sim*

**SE SIM**, quando a revisão foi realizada? *Ano:*

Consulta Nacional de Acesso Universal em 2006 com a participação, de gestores de todas as esferas públicas e parceiros da sociedade civil para discutir as dificuldades do acesso, disparidades regionais para melhor efetivação do acesso. Se incluíram na consulta os seguintes tópicos: a organização da rede de serviços e gestão do sistema (infra-estrutura, recursos humanos), o acesso aos insumos de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento do HIV e aids; a atenção e enfrentamento do estigma e preconceito aos grupos sociais mais vulneráveis, como profissionais do sexo, população GLBT, população negra e usuários de drogas e a descentralização dos recursos financeiros.

Também se verificam formas de participação da sociedade civil nos Planos Operacionais Anuais.

*Comentários do governo:*

- *As diretrizes e prioridades do Plano de Ações de Metas do Programa Nacional de DST e Aids são revisadas anualmente e apresentadas, discutidas e aprovadas nas instâncias de controle social do sistema Único de Saúde, incluindo o Conselho Nacional e a Comissão Nacional de Aids. Planos de Ações e Metas também são elaborados com OSC e pactuados com as instâncias de controle social em todos os estados e em 450 municípios, que abrangem 98% dos casos de aids no País.*
- *Em 2007 foram realizadas Consultas Nacionais para elaboração de planos de enfrentamento da epidemia entre algumas populações vulneráveis.*

**5. Em que medida a diversidade da sociedade civil está representada na participação nos esforços em HIV/aids?**

*Baixa*

*Alta*

0    1    2    3    4    5

Esforços mais concentrados na esfera federal do que na estadual ou municipal. Considerado como um processo que deveria estar em constante aprimoramento.

Liste os tipos de organizações representantes da sociedade civil nos esforços em HIV e aids:

De forma sistemática nas seguintes instâncias:

Conselho Nacional de Saúde

Conselho Estadual de Saúde

Conselho Municipal de Saúde

Comissão Nacional de Aids

Comissão Nacional de Articulação com os Movimentos Sociais (Programa Nacional de DST e Aids)

Participação em grupos de trabalho para a formulação de programas, estratégias e atividades não regulares como a UNGASS e outras.

*Comentários do governo:*

- *nas OSC de abrangência local*
- *nos Fóruns de ONG/aids*
- *nas Redes Nacionais de populações vulneráveis*
- *na Rede Nacional e grupos de PVHA*
- *na Academia.*

**6. Em que medida a sociedade civil tem tido acesso a:**

a. Apoio financeiro adequado para implementar suas ações em HIV?

O Programa Nacional de Aids promove um conjunto de ações via projetos e convênios com a sociedade civil na busca da sustentabilidade destes organismos e no fortalecimento de sua capacidade técnica.

Dos recursos do Plano de Ações e Metas, 10% são transferidos via fundo a fundo para o trabalho destas organizações.

Baixa

Alta

0 1 2 3 4 5

*Comentários do governo:*

- 10% do orçamento do Programa de DST e Aids do Ministério da Saúde é repassado para estados e municípios, especialmente no incentivo para a execução de seus planos de Ações e Metas em HIV/ Aids, que em geral repassam 10% do orçamento de seus PAM (Plano de Ações e Metas) para ações da sociedade civil.

b. Apoio técnico adequado para implementar suas ações em HIV?

*Comentário do governo:*

- Respondido acima: por meio das ações em de projetos com as OSC, o que inclui apoio técnico em várias áreas.

Em geral, como você avaliaria o esforço para aumentar a participação da sociedade civil em 2007 e em 2005?

2007	Ruim												Bom	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2005	Ruim													Bom
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

*Comentários do governo:*

- Ampliação da medição de conflitos locais, com apoio técnico para avaliação de instrumentos e mecanismos de repasse de recursos, fomento à construção de ações conjuntas prioritárias e fortalecimento técnico por meio de capacitações em diversas áreas.

### III. PREVENÇÃO

1. Seu país identificou os distritos (ou equivalente nível geográfico/descentralizado) que necessitam de programas de prevenção ao HIV?

*Sim*

**SE NÃO**, como os programas de prevenção do HIV estão sendo disseminados?

**SE SIM**, em que medida os seguintes programas de prevenção ao HIV foram implementados nesses distritos\* identificados?



X Assinale o nível de implementação relevante para cada atividade ou indique N/A se não-aplicável

Programas de prevenção ao HIV	A atividade foi implementada:		
	Em todos os distritos* identificados	Na maioria dos distritos* identificados	Em alguns dos distritos* identificados
Segurança sangüínea	X		
Precauções universais na estrutura da atenção à saúde		X	
Prevenção da transmissão vertical do HIV	X		
Educação/informação sobre redução de riscos	X		
Educação/informação sobre redução do estigma e discriminação			X
Promoção do uso de preservativos	X		
Testagem e aconselhamento em HIV	X		
Redução de danos para usuários de drogas injetáveis			X
Redução de riscos para homens que fazem sexo com homens		X	
Redução de riscos para profissionais do sexo		X	
Programas para outras populações vulneráveis		X	
Serviços em saúde reprodutiva, incluindo prevenção e tratamento das DST		X	
Educação sobre aids para jovens nas escolas	X		
Programas para jovens fora das escolas			X
Prevenção do HIV no local de trabalho			X
Outros Promover políticas e ações de promoção, prevenção e assistência ao HIV/aids entre populações de refugiados no Brasil. Segundo dados do ACNUR em 2003 havia mais de 3 mil refugiados no Brasil, originários de 45 países, sendo 33% deles mulheres. A grande maioria é do continente Africano, principalmente de Angola.			

\*Distritos ou equivalente nível geográfico/descentralizado em áreas urbanas e rurais.

Em geral, como você avaliaria o esforço direcionado para a implementação dos programas de prevenção ao HIV em 2007 e em 2005?

2007 Ruim Bom

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2005 Ruim Bom

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

*A implementação da política nacional sofre variações importantes considerando as especificidades, limitações e contextos dos estados e dos municípios.*

#### IV. TRATAMENTO, ATENÇÃO À SAÚDE E APOIO

##### 1. Seu país identificou os distritos (ou equivalente nível geográfico/descentralizado) que necessitam de serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids?

*Sim*

**SE NÃO**, como os serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids têm sido disseminados?

**SE SIM**, em que medida os seguintes serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids têm sido implementados nos distritos\* identificados?

**X** Assinale o nível relevante de implementação para cada atividade, ou indique N/A se não-aplicável

Serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV e Aids	O serviço foi implementado:		
	Em todos os distritos* identificados	Na maioria dos distritos* identificados	Em alguns dos distritos* identificados
a. Terapia anti-retroviral	X		
b. Assistência nutricional			
c. Tratamento pediátrico de aids	X		
d. Controle das doenças sexualmente transmissíveis			X
e. Assistência psicológica para pessoas vivendo com HIV e aids e seus familiares			X
f. Assistência domiciliar			X
g. Cuidados paliativos e tratamento das infecções comumente associadas ao HIV	X		
h. Testagem e aconselhamento em HIV para pacientes de TB			X
i. Testagem de TB para pessoas infectadas pelo HIV			X
j. Terapia preventiva de TB para pessoas infectadas pelo HIV			X
k. Controle da infecção por TB nos locais de tratamento e assistência de HIV			X
l. Profilaxia de cotrimoxazol para as pessoas infectadas pelo HIV			X
m. Profilaxia pós-exposição (por ex., exposição ocupacional ao HIV, estupro)			X
n. Serviços de tratamento em HIV no local de trabalho ou sistemas de indicação de tratamento a partir do local de trabalho			X
o. Atenção e apoio ao HIV no local de trabalho (incluindo esquemas alternativos de trabalho)			X
p. Outros programas			

\* Distritos ou equivalente nível geográfico/descentralizado em áreas urbanas e rurais

Em geral, como você avaliaria o esforço envidado na implementação dos programas de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids em 2007 e em 2005?

2007	Ruim										Bom
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Ruim										Bom
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

## 2. Que porcentagem dos seguintes programas e serviços em HIV e aids estima-se que sejam fornecidos pela sociedade civil?

	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Prevenção para os jovens	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Prevenção para grupos populacionais vulneráveis				
- UDI	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- HSH	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- Profissionais do sexo	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Aconselhamento e testagem	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Serviços clínicos (IO/TARV)*	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Atenção com base domiciliar	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Programas para as OCV**	<25%	25-50%	51-75%	>75%

\*IO: Infecções oportunistas; \*\*OCV: Órfãos e outras crianças vulneráveis

### Comentários do governo;

- *A sociedade civil realiza ações em prevenção, em parceria com o governo, por seus projetos estratégicos atingindo PVHA, populações vulneráveis como UDI, HSH, profissionais do sexo, dentre outras. As ações de assistência e tratamento são executadas por meio dos programas de governos com apoio e participação da SC, em algumas áreas, a exemplo de grupos de adesão nos serviços de referência para HIV/aids, casas de apoio, prevenção positiva, entre outros.*

## 3. Seu país possui uma política ou estratégia para atender as necessidades adicionais em relação ao HIV/aids de órfãos e de outras crianças vulneráveis (OCV)?

*Sim*

### 3.1 SE SIM, existe uma definição operacional para as OCV no país?

*Sim*

### 3.2 SE SIM, o país possui um plano nacional de ação específico para as OCV?

*Sim*                      *Não*

#### Comentário do governo:

- *Não há plano nacional no país para as OCV.*

### 3.3 SE SIM, o país possui uma estimativa das OCV atendidas pelos mecanismos existentes?

SE SIM, que porcentagem das OCV está sendo atendidas?                      %

Em geral, como você avaliaria o esforço no sentido de suprir as necessidades dos órfãos e outras crianças vulneráveis em 2007 e em 2005?

2007	Ruim										Bom											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Ruim										Bom											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Comentários sobre os progressos realizados desde 2005:

*Estimativas que diferem de acordo com metodologias utilizadas e áreas de abrangência dos estudos. Existem poucos registros sobre este assunto, embora exista financiamento do Estado para as casas de apoio que cuidam desse segmento.*

## Anexo C - Tabela de gastos com aids

## Matriz de Fundos Nacionais

Gastos com AIDS por Categorias e Fontes de Financiamento															
ANO: 2006 ANO CIVIL SIM Taxa de câmbio (US\$) para o ano: R\$ 2,20	Categorias de gasto relativo a AIDS	TOTAL moeda local	Fontes Públicas					Fontes Internacionais				Fontes Privadas (opcional)			
			Públicas (subtotal)	Nacionais	Subnacional	Bancos de desenvolvimento (reembolsáveis)	Todas as outras públicas	Internacionais (subtotal)	Bilaterais	Fundo Global	Bancos de desenvolvimento (não reembolsáveis)	Todas as outras internacionais	Privado (subtotal)	Corporações	Gastos Pessoais
	<b>TOTAL (Moeda local)</b>	<b>1.243.408.955</b>	<b>1.237.792.982</b>	<b>1.155.166.373</b>	<b>0</b>	<b>55.610.311</b>	<b>27.016.299</b>	<b>5.615.973</b>	<b>1.681.900</b>	<b>3.934.073</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	1. Prevenção (subtotal)	75.150.165	72.836.282	49.089.291	0	23.746.990	0	2.313.883	147.920	2.165.963	0	0	0	0	0
	1.1 Meios de comunicação	21.785.522	21.479.522	21.122.013		357.509		306.000	30.000	276.000					
	1.2. Mobilização da comunidade	7.063.584	7.063.584	3.531.792		3.531.792		0							
	1.3. Aconselhamento e testagem voluntária	5.401.381	5.401.381	5.121.643		279.738		0							
	1.4. Programas para populações vulneráveis e específicas	791.787	791.787	791.787				0						0	
	1.5 Jovens escolarizados	398.368	52.878	52.878				345.490		345.490				0	
	1.6. Jovens não- escolarizados	138.750	0					138.750		138.750				0	
	1.7 Programas de prevenção para PVHA	59.388	59.388	59.388				0						0	
	1.8 Programas para profissionais do sexo e seus clientes	55.676	55.676	55.676				0						0	
	1.9 Programas para HSH	78.431	78.431	78.431				0						0	
	1.10 Programas de redução de danos para UDI	757.903	757.903	564.159		193.744		0						0	

1.11 Atividades no ambiente de trabalho	0	0														0				0
1.12 Marketing social de preservativos	0	0														0				0
1.13 Distribuição de preservativos nos setores públicos e comerciais	13.870.311	13.870.311								13.870.311						0				0
1.14 Preservativo feminino	2.496.895	2.496.895	96.505							2.400.390						0				0
1.15 Microbicidas	0	0														0				0
1.16 Melhoria da gestão da DST	2.882.840	1.803.366	483.375							1.319.991						1.079.474				0
1.17 Prevenção da transmissão vertical do HIV	11.341.484	10.897.314	10.435.263							462.051						444.170				0
1.18 Segurança do sangue	695.045	695.045	695.045													0				0
1.19 Profilaxia pós exposição	0	0														0				0
1.20 Injeções médicas seguras	0	0														0				0
1.21 Circuncisão	0	0														0				0
1.22 Precauções universais	0	0														0				0
1.99 Outras/sem classificação	7.332.801	7.332.801	6.001.337							1.331.464						0				0
2. Atenção e tratamento	1.034.121.233	1.034.071.533	1.026.288.352							7.783.181	0					49.700	0	0	0	0
2.1 Atenção ambulatorial	28.164.122	28.164.122	20.493.038							7.671.085						0				0
2.2. Oferta de testagem em serviço	119.102	69.402	20.821							48.581						49.700				0
2.3 Profilaxia das infecções oportunistas (IO)	0	0														0				0
2.4 Terapia anti-retroviral	964.445.817	964.445.817	964.414.455							31.362						0				0
2.5 Apoio nutricional	114.120	114.120	114.120													0				0
2.6 Monitoramento de laboratório	15.666.841	15.666.841	15.634.688							32.153						0				0
2.7. Atenção odontológica	347.399	347.399	347.399													0				0
2.8 Atenção psicossocial	102.444	102.444	102.444													0				0







7.3 Desenvolvimento institucional específico em aids	21.998.141	21.869.207	21.869.207	21.869.207	4.902.980	128.934	128.934	0	0	0	0
7.4 Programa específicos para aids com a participação de mulheres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.9 Outras/sem classificação	3.650.439	3.650.439	3.197.818	3.197.818	452.621			0	0	0	0
8. Estudos,	5.683.917	5.357.667	416.644	416.644	4.941.023	326.250	326.250	0	0	0	0
8.1 Pesquisa biomédica	167.748	167.748	167.748	167.748				0	0	0	0
8.2 Pesquisa clínica	0	0	0	0				0	0	0	0
8.3 Pesquisa epidemiológica	326.250	0	0	0		326.250	326.250	0	0	0	0
8.4 Pesquisa de ciências sociais	0	0	0	0				0	0	0	0
8.5 Pesquisa comportamental	0	0	0	0				0	0	0	0
8.6 Pesquisa econômica	3.623	3.623	1.014	1.014	2.609			0	0	0	0
8.7 Pesquisa relacionada a vacinas	0	0	0	0				0	0	0	0
8.9 Outras/sem classificação	5.186.296	5.186.296	247.882	247.882	4.938.414			0	0	0	0

(\*) Crianças vulneráveis são aquelas que possuem, pelo menos, um progenitor vivo, mas gravemente enfermo (principalmente devido ao HIV/Aids) e incapaz de cuidá-la.

(\*\*) Os incentivos monetários aos recursos humanos devem ser separados dos demais custos de prestação de outros serviços hospitalares e ambulatoriais. Não devem ser contados duas vezes.

## Anexo D - Relatório da Análise da Sociedade Civil sobre Saúde sexual e reprodutiva no Brasil

### Monitoramento das metas de UNGASS em Saúde Sexual e Reprodutiva

#### 1 - Síntese dos resultados:

Metas:	Existência de Políticas	Efetividade das Ações
<b>37 Liderança</b> Indicadores Representação de mulheres e jovens com HIV nos espaços de tomada de decisão. Representação de usuárias no desenho, implementação e avaliação de programas sociais. Metas 52 e 53. Prevenção	O Conselho Nacional de Saúde tem representação paritária de usuários, gestores e provedores.  Previsto pelo PN-DST/AIDS, no PAISM e no Plano Nacional de Enfretamento da Feminização do HIV. Não existem de forma organizada . A norma técnica de Prevenção e Assistência à VS contra mulheres e adolescentes prevê a disponibilização de anticoncepção de emergência e profilaxia anti HIV.	Apenas o PN-DST/AIDS inclui mulheres com HIV nos seus espaços consultivos.  Implementação e disponibilidade dependem do gestor local; não há serviços específicos de atenção à saúde do adolescente e os programas de distribuição de preservativos masculinos em escolas não estão devidamente implantados. Preservativos femininos são disponibilizados para mulheres mais vulneráveis, em quantidades limitadas pelos pequenos estoques internacionais. Há experiências isoladas em alguns municípios ou serviços. Apesar da existência dos serviços, a sua demanda e coberturas são limitadas.
<b>Meta 54 – Prevenção</b> Indicadores Programas e serviços efetivos e de qualidade para gestantes com HIV. Programas e serviços efetivos para diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação.	Previstos pelo PN-DST/AIDS, com fluxos, rotinas e disponibilização de insumos.	Cobertura baixa, com variações regionais.

<p><b>Meta 59. Direitos Humanos</b></p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>Políticas de promoção, garantia e reparação dos direitos das mulheres. Programas de promoção da responsabilidade masculina em saúde sexual e reprodutiva. Programas de proteção aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres mais vulneráveis. Acesso a serviços de reprodução assistida.</p>	<p>A Secretaria de Políticas para Mulheres conta com um Plano Nacional de Políticas para as Mulheres; Não existe Algumas ações dentro da proposta do PNPM. Não existe</p>	<p>A implementação do plano depende da vontade política dos gestores locais, já que a SPM não conta com recursos próprios para implementar as ações propostas.</p>
<p><b>Meta 60 Direitos Humanos</b></p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>Programas de prevenção específicos para mulheres jovens. Programas de educação não formal que promovam a equidade entre os sexos.</p>	<p>Não existem</p>	
<p><b>Meta 61 Direitos Humanos</b></p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>Leis específicas para prevenir, punir e reparar os danos decorrentes da violência de gênero contra as mulheres. Ações específicas contra a exploração sexual de meninas. Sistema público de coleta e divulgação de dados relativos à violência de gênero contra mulheres e meninas.</p>	<p>Desde 2006, lei Maria da Penha. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil e Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Existe o sistema, mas os dados estão subnotificados.</p>	<p>Implementação ainda insuficiente. Pouca divulgação, pequena cobertura. Depende da vontade do gestor local; programa ainda não efetivado nacionalmente.</p>
<p><b>Meta 62 – Redução da vulnerabilidade</b></p> <p><b>Indicadores</b></p> <p>Programas de transferência de renda a mulheres mais vulneráveis. Políticas afirmativas para inclusão de mulheres mais vulneráveis. Políticas e programas de proteção dos direitos humanos das mulheres mais vulneráveis. Programas que atendam as causas e problemas estruturais do tráfico de mulheres, evitando a criminalização e discriminação individual. Aplicação dos acordos, convênios e tratados internacionais que punam o tráfico de mulheres. Monitoramento por parte do governo das suas atividades de combate ao tráfico de mulheres.</p>	<p>Bolsa- família Cotas, Pro-uni, Inclusão de Portadores de Necessidades Especiais. Não existem Política de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.</p>	<p>Ainda não avaliado seu impacto para as mulheres. Não incluem as mulheres mais vulneráveis para o HIV. Ainda não implementado.</p>

<p><b>Meta 63 Redução da vulnerabilidade</b></p> <p><b>Indicadores</b>  Entornos seguros e protegidos para crianças mais vulneráveis.  Habitação, educação e alimentação para crianças afetadas ou infectadas pelo HIV  Participação de jovens no desenho, monitoramento e avaliação dos programas dirigidos a eles  Capacitação de professoras em temas de SSR</p>	<p>Há leis e decretos de Proteção à infância, que não são cumpridos. Para crianças em situação de vulnerabilidade os abrigos são insuficientes e a qualidade é baixa.  Para crianças com HIV o PN-DST/AIDS apoia a manutenção de casas de apoio.  Não  Eventual</p>	<p>Frequentes denúncias de maus tratos e precárias condições nos abrigos para crianças vulneráveis.  Falta supervisão sistemática e apoio técnico aos cuidadores; de crianças com HIV.  Não há supervisão ou ações de educação continuada.</p>
<p><b>Meta 64. Redução da vulnerabilidade</b></p> <p><b>Indicadores</b>  Parcerias regionais ou internacionais para fortalecer programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva para mulheres mais vulneráveis  Representação de grupos de mulheres mais vulneráveis no processo de articulação regional ou internacional  Aportes governamentais para o trabalho com mulheres mais excluídas</p>	<p>Sim, para o conjunto das mulheres  Sim, profissionais do sexo, mulheres com HIV, mulheres lésbicas e mulheres negras  Reduzidos</p>	
<p><b>Meta 65 - Órfãos</b></p> <p><b>Indicadores</b>  Programas específicos de suporte a órfãos e crianças infectadas e afetadas pelo HIV.  Qualidade dos abrigos.  Programas de educação sexual e suporte à SSR de crianças órfãs e crianças infectadas e afetadas pelo HIV.</p>	<p>Não existem  Depende da ONG mantenedora  Não existem</p>	
<p><b>Meta 69. Redução do Impacto Social e Econômico do HIV</b></p> <p><b>Indicadores</b>  Dados ou estudos sobre o impacto socioeconômico do HIV sobre as mulheres</p>	<p>Não existem</p>	
<p><b>Meta 72- Investigação e Desenvolvimento</b></p> <p><b>Indicadores</b>  Sistemas de vigilância dos efeitos colaterais dos ARV, com dados desagregados por sexo</p>	<p>Não existem</p>	

### III – Fortalezas, fragilidades e recomendações para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/aids e para a prevenção da epidemia entre mulheres.

O recém criado Plano Nacional de Enfrentamento à Feminização de Epidemia e do Pacto Nacional de enfrentamento da Violência contra as Mulheres, e ainda o protagonismo do PN-DST/AIDS aparecem como importantes janelas de oportunidades, no sentido de oferecer os marcos normativos e programáticos para o desenvolvimento das ações necessárias.

No entanto, à medida que muitas das ações importantes para as mulheres e meninas estão sob a governabilidade de outros setores do Ministério da Saúde, e mesmo de outros ministérios, e outros setores, é necessário estabelecer/aprofundar as parcerias no sentido da construção de políticas intersetoriais amplas, como proposto na Declaração de Compromisso.

Especificamente em relação às ações do setor saúde, observa-se a permanência da idéia de “Saúde da Mulher” na organização de práticas e serviços, o que se torna restritivo a uma abordagem de “Saúde Sexual e Reprodutiva” mais ampla e mais adequada aos propósitos do enfrentamento da epidemia, já que esta segunda formulação permite incluir os homens, os jovens e a população GLBT.

Ao mesmo tempo, há que se enfrentar a dificuldade de integrar, no âmbito das práticas dos serviços de saúde, as ações de assistência e de prevenção. Dada a autonomia dos municípios, as recomendações de que o espaço da unidade básica de saúde deva ser um espaço também educativo não são mandatórias, ficando a cargo do gestor o reconhecimento da sua importância e desenvolvimento de tecnologias apropriadas para tal, o que nem sempre acontece. Seriam necessárias maiores esforços para capacitação, sensibilização e envolvimento dos responsáveis pelas políticas e serviços nas esferas municipais e estaduais.

A dificuldade de uma política mais sólida de combate às ITS também aparece como uma importante lacuna. Apesar da importância do plano de combate à sífilis congênita cabe lembrar que esta ação, assim como os projetos de redução da transmissão vertical do HIV visam à proteção da criança, ficando a mulher sem contar com ações específicas de prevenção e diagnóstico precoce e as ações de saúde da mulher ainda marcadas pelo paradigma da atenção materno-infantil.

No que diz respeito à redução da vulnerabilidade das mulheres, há que se considerar a falta de estudos específicos, em especial que relacionem aspectos de saúde, pobreza e suporte social. Há que se destacar que, embora existam leis que protegem trabalhadores com HIV no geral, estas nem sempre cumpridas ou acionadas, em particular no caso das mulheres com HIV, que muitas vezes trabalham como empregadas domésticas sem proteção legal ou têm contratos precários de trabalho. Existem freqüentes denúncias de que as mulheres com HIV são discriminadas e excluídas do mercado de trabalho, embora não haja documentação a respeito. As ONG que têm assessoria jurídica para pessoas vivendo com aids referem que os homens buscam muito mais a reparação dos seus direitos violados em decorrência da soropositividade.

Uma importante lacuna se refere às jovens e às crianças, em especial às mais excluídas, que estão fora da escola, vivem em abrigos ou em situação de rua, para os quais existem pouquíssimas ações, embora essa seja uma população especialmente vulnerável ao HIV, sendo necessária e urgente a elaboração de políticas específicas para este segmento.

O estado conta com diversos sistemas de coleta de dados e de monitoramento das suas diferentes ações, nem todos compatíveis entre si, com cobertura ou periodicidade semelhante. Isso dificulta o trabalho da sociedade civil, que muitas vezes não consegue obter e analisar com propriedade as informações necessárias para sugerir aos gestores locais ações mais efetivas no enfrentamento da epidemia, sendo necessário um esforço contínuo, por parte do governo, no sentido de apoiar a sociedade civil para um melhor desempenho das suas ações de controle social, visando, inclusive, a aprimorar a sua contribuição nos espaços formais já existentes de participação da sociedade civil, em especial os conselhos de saúde (municipal, estadual e nacional).

## Monitoramento das metas de UNGASS em Saúde Sexual e Reprodutiva

### 1- Pressupostos:

Metade das pessoas vivendo com HIV/aids no mundo são mulheres; no Brasil o número de casos entre mulheres tem aumentado progressivamente desde o início da epidemia. Atualmente, o número de casos novos entre mulheres jovens supera o dos rapazes.

A redução dos casos de infecção pelo HIV em mulheres depende de ações voltadas para a sua saúde sexual e reprodutiva; no entanto, a saúde sexual e reprodutiva não depende apenas de ações dos serviços, mas também da autonomia das mulheres sobre seus corpos. Assim, no contexto da epidemia do HIV/aids, as ações de saúde sexual e reprodutiva devem estar articuladas a políticas mais amplas que contribuam para o empoderamento da população feminina.

Tem havido dificuldade na incorporação de ações específicas para mulheres nos planos nacionais de combate ao HIV, bem como de incorporar a prevenção do HIV e o atendimento às necessidades das mulheres com HIV nos programas de atenção à saúde das mulheres.

### 2- Objetivos:

Identificar lacunas e potencialidades nas ações governamentais voltadas para o empoderamento das mulheres e a atenção à sua saúde sexual e reprodutiva, entendidas como estratégias essenciais no enfrentamento da face feminina da epidemia.

### 3- Construção metodológica

Para a realização do trabalho, uma proposta inicial para a coleta dos dados, foi apresentada, discutida e aprimorada durante o IV Fórum UNGASS- Brasil

(Recife, julho de 2007), sendo definido que a coleta de dados envolveria várias pessoas e organizações.

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados forma selecionados, em cada um dos capítulos da Declaração de Compromisso, os parágrafos cujas metas exigiam ações de saúde sexual e reprodutiva.

A partir da seleção dos parágrafos identificadas, em cada um, ações críticas que, se não implementadas com qualidade e abrangência, comprometeriam a efetividade do cumprimento da meta. Esse conjunto de ações críticas orientou a elaboração de uma matriz de indicadores qualitativos, voltados para a análise das políticas, planos ou programas necessários para viabilizar a meta considerada e a sua operacionalização. Os dados foram coletados por meio de entrevista com informantes-chaves (gestores de programas, 13; pesquisadores, 06 e lideranças de ONG, 10), entrevistas com usuários de diferentes tipos de serviços (18), observação de serviços (5 Unidades de Atenção Básica, 03 serviços especializados) e busca exaustiva de material bibliográfico disponível em meio eletrônico. Essa busca localizou cerca de 300 referências sobre o tema aids e saúde sexual e reprodutiva (incluindo a interface com Violência de Gênero), entre artigos científicos, artigos de divulgação e documentos técnicos <sup>1</sup>.

#### **Equipe envolvida:**

Alessandra Nilo – GESTOS/PE – Coordenação Geral

José Carlos Veloso (GAPA/SP; Fórum UNGASS/ BRASIL) – entrevistas (com suporte de organizações participantes do Fórum UNGASS/ Brasil);

Lia Fernanda Pereira – (USP) levantamento e análise da produção sobre Saúde Sexual e Reprodutiva - HIV/Aids em mulheres disponível no país em meio eletrônico;

Wilza Villela – (UNIFESP) observação de serviços; entrevistas com usuários; sistematização das informações

Patrocínio: Fundação Ford

Apoio: UNFPA e CICT

## **4- RESULTADOS:**

### **1. Panorama geral do sistema de saúde do país e das políticas de saúde sexual e reprodutiva:**

- Sistema de Saúde público e gratuito, com acesso universal a todos os níveis de complexidade.
- O Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) existe desde 1986 e a política de acesso universal a medicamentos desde 1996. São desenvolvidas ações direcionadas para mulheres nas várias unidades do PN-DST/AIDS, com seus respectivos responsáveis. Além disso, existe uma pessoa especificamente encarregada de articular ações junto à população feminina. Na área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde (MS) também existe uma pessoa designada para trabalhar na interface com o PN-DST/AIDS.

<sup>1</sup> A relação das referências e seus respectivos links podem ser encontrados em [www.gestos.org.br](http://www.gestos.org.br)



- Dentro do PN-DST/AIDS existe uma coordenação específica para DST, cujo foco prioritário hoje é a redução da sífilis congênita.
- A política de Saúde Sexual e Reprodutiva está contemplada parcialmente na Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM) e na inserção de temas de Saúde Sexual e Reprodutiva nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). No entanto, como será mais bem visto adiante, as ações do PAISM são prioritariamente voltadas à assistência em saúde reprodutiva, e a sua realização depende do gestor. Os PCN, ao situarem as questões de Saúde Sexual e Reprodutiva como temas transversais, não asseguram a sua efetiva incorporação nos currículos. Ademais, sua cobertura é restrita ao jovem que está na escola.
- A Secretaria Especial de Políticas para Mulheres lançou, em 2007, o Plano Integrado de Enfretamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, a ser executada a partir de parceria com o PN-DST/AIDS e da Área Técnica de Saúde da Mulher. No momento, são realizadas oficinas regionais para divulgação do Plano e para discussão da sua operacionalização em nível local.
- A legislação brasileira é bastante restritiva em relação ao aborto, e recentemente vem crescendo a influência das posições mais conservadoras sobre a opinião pública. Independente de qualquer avanço identificado nas políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a restrição ao direito de interrupção voluntária de uma gravidez é considerada como um indicador importante de negligência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

## II - Meta UNGASS e Indicadores Propostos:

### Meta 37 – Liderança do governo na política de enfrentamento do HIV:

#### Indicadores Propostos:

- Representação de mulheres e jovens com HIV nos espaços de tomada de decisão dos programas de aids e SSR e nas ações de monitoramento de UNGASS.
- Representação de usuárias no desenho, implementação e avaliação de programas sociais dirigidos a elas.

#### Resultados:

O MS conta atualmente com uma secretaria específica para dialogar com a Sociedade Civil, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; além disso, a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a participação paritária da Sociedade Civil no Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância máxima do SUS. No CNS as pessoas vivendo com HIV/aids disputam a vaga no fórum de patologias. O Conselho Nacional de Saúde conta também com a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, onde não há uma representação específica de mulheres vivendo com HIV, mas onde estas podem encaminhar as suas demandas. Deste modo, existem canais formais de interlocução entre governo e sociedade civil no âmbito do Ministério da Saúde como um todo.

O Programa Nacional de DST e Aids, conta com a Comissão Nacional de Aids instituída ao final da década de 80, com caráter consultivo, onde a Sociedade Civil tem 07 representações – no processo de escolha a participação por gênero não é paritária; existem também comitês assessores temáticos com representantes da Sociedade Civil. No entanto, o comitê assessor para mulheres, criado em 1995, foi desativado em 2003. Neste ano foi criada a Comissão de Articulação de Movimentos Sociais, também com a participação de representantes de movimentos sociais, inclusive uma vaga para o movimento de mulheres e para transexuais. Em nível estadual ou municipal repete-se essa estrutura de representação, onde a Sociedade Civil participa dos conselhos de saúde e nos programas de aids. Entretanto, em nenhum desses espaços é prevista a representação paritária de homens e mulheres.

## Meta 52. Prevenção:

### Indicadores Propostos:

- Existência de programas educativos amplos, adequados e efetivos para prevenção de HIV/aids entre mulheres e jovens.
- Disponibilidade de preservativos femininos e masculinos nos serviços de saúde, escolas e outras instituições (ONG, p. ex.).
- Facilidade de obtenção de preservativos e orientação para uso, mesmo por jovens.

### Resultados:

A implementação de ações educativas para mulheres em unidades de saúde é difícil, dada a grande demanda que, em geral, ocorre em esses serviços e a um modelo de ação calcado prioritariamente no atendimento médico. Atualmente também há um número menor de ONG trabalhando com a prevenção do HIV/aids entre mulheres e jovens, por causa da redução de financiamentos para projetos de Saúde Sexual e Reprodutiva e a priorização de outros temas – violência e aborto, especialmente- na agenda do movimento feminista. Não tem havido uma ação indutora mais enfática por parte do governo para a continuidade desse tipo de trabalho.

O aconselhamento relativo à prevenção das DST/aids é feito nas unidades de testagem ou nos serviços especializados Existem iniciativas de capacitação para a prevenção de DST/aids nos serviços de saúde desenvolvidas por governos locais, mas essas são pouco efetivas, dados o descompromisso de alguns profissionais, a alta rotatividade dos técnicos, o modelo de atenção centrado na biomedicina e ainda uma organização de serviços que não comporta esse tipo de atividade <sup>2</sup>.

Como ainda não existe um programa estruturado de atenção à saúde sexual e reprodutiva dos jovens no SUS, as ações educativas para jovens dentro do setor saúde são escassas. No entanto, existem algumas iniciativas de secretarias de educação municipais e estaduais no sentido

2 Campagnoni, Marta Dra, SES/SP. Comunicação pessoal

da realização de ações educativas de prevenção para jovens. Existe também uma parceria entre o Ministério da Educação e o PN-DST/AIDS desde 1995, que já desenvolveu três diferentes projetos, tendo o último, “Saúde e Prevenção nas Escolas, sido iniciado em 2003 e reformulado em 2006<sup>3</sup>. Este ainda não está implantado em todo o País, e sua implementação, onde o projeto já foi implantado, varia<sup>4</sup>. Alguns estados e municípios aderem com maior participação e compromisso, outros com menos. As escolas públicas não incluídas nesse projeto ou em projeto específico local não costumam desenvolver ações contínuas de prevenção e não promovem regularmente o acesso ao preservativo. As ações para jovens fora da escola são mais dispersas e pontuais, ficando quase que totalmente a cargo de agências e de ONG.

Eventualmente, ocorrem campanhas de prevenção das DST/aids dirigidas a jovens, tanto por iniciativa do PN-DST/AIDS quanto dos programas estaduais e municipais. No entanto essas são esporádicas, pontuais e existe uma avaliação regular destas iniciativas<sup>5</sup>; além disso, a dimensão geográfica do País e as diferenças culturais são importantes desafios para o desenvolvimento de ações educativas de caráter nacional. Ao mesmo tempo, o governo federal tem investido cada vez menos em ações de comunicação sobre aids, e os estaduais e municipais menos ainda.

Existem serviços de orientação sexual por telefone e sites, governamentais e não-governamentais, que podem ser acessados por mulheres jovens. Esses serviços não costumam estar disponíveis em finais de semana, em feriados, como também das 18h às 08h.

Existe disponibilidade de preservativos masculinos, distribuídos por ONG e serviços de saúde. O acesso aos preservativos difere de região para região, pois depende do compromisso dos estados com a compra de um adicional, além do quantitativo repassado pelo nível federal. O preservativo feminino não está disponível amplamente na rede pública; em alguns serviços existe a oferta para profissionais do sexo e mulheres com HIV; o mesmo acontece com os lubrificantes, que em alguns casos estão disponíveis somente para profissionais do sexo masculino.

A disponibilização do preservativo para jovens nas unidades de saúde do SUS depende da orientação do chefe da unidade, já que não existe um fluxo formal para atendimento de jovens. Isso pode gerar barreiras informais para a oferta do preservativo e mesmo para a orientação e aconselhamento para o uso do método. Alguns serviços disponibilizam informações e preservativo sem problemas, mas em outros não há nenhuma ação para jovens.

As rotinas e horários limitados de funcionamento dos serviços de saúde também operam como barreiras de acesso à prevenção, tanto para jovens como para mulheres, em especial para as trabalhadoras sexuais.

3 Brasil, Ministério da Saúde – Diretrizes para a implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, PN DST/Aids. Brasília. MS, 2006

4 Arruda, Silvani- FDE/SP. Comunicação pessoal.

5 Contreras, Feres Wildney- UNICSUL/SP . Comunicação pessoal

O diagnóstico e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis estão disponíveis nos serviços de atendimento básico nos grandes centros urbanos, porém são pouco efetivos. A abordagem das DST ainda é, reconhecidamente, um problema, com grande subnotificação e prática de automedicação <sup>6</sup>.

### Meta 53. - Prevenção

#### Indicadores propostos:

- Existência de programas adequados, amplos e efetivos de saúde sexual para jovens.
- Acesso à profilaxia pós-exposição sexual forçada.

#### Resultados:

Em alguns municípios há unidades que desenvolvem programas de saúde para adolescentes, mas esta não é ainda uma diretriz programática nacional. Quando existem, as atividades são direcionadas principalmente à prevenção da gravidez ou ao acompanhamento da adolescente grávida.

Não existem serviços específicos de aconselhamento para mulheres jovens nas unidades básicas de saúde, e a inserção desse tipo de atividade na rotina diária é frágil, dependendo, em grande medida, da disponibilidade e interesse pessoal de um ou outro profissional.

Nos casos de exposição sexual forçada a anticoncepção de emergência e a profilaxia anti-HIV está disponível. No entanto o acesso das mulheres a esses serviços é baixo e não tem havido um esforço maior por parte do governo no sentido de ampliar a sua cobertura, por meio da divulgação deste tipo de serviço.

### Meta 54 – Prevenção

#### Indicadores propostos:

- Existência de programas e serviços efetivos e de qualidade para gestantes com HIV (incluindo o seu próprio atendimento e não apenas a prevenção da transmissão vertical do HIV) com ampla oferta de testagem com aconselhamento, suporte nutricional e substitutos do leite.
- Existência de programas e serviços efetivos para diagnóstico e tratamento da sífilis.

#### Resultados:

Em 2007 o PN-DST/AIDS, em parceria com a área Técnica de Saúde da Mulher do MS, elaborou um Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis <sup>7</sup>, visando a ampliar a oferta

<sup>6</sup> Brasil, Ministério da Saúde - Doenças Sexualmente Transmissíveis. Manual de Bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, PN DST/Aids. Brasília, MS, 2005

<sup>7</sup> Brasil, Ministério da Saúde, Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, PN-DST/AIDS. Brasília, 2007

de testagem para HIV e sífilis na gestação, e tratamento adequado nos casos positivos, dado que, embora exista uma redução contínua e consistente dos casos de transmissão vertical do HIV e uma tendência à redução da sífilis congênita a partir de 2005, e a cobertura dessas ações ainda é insuficiente, variando de acordo com a região do País.

Em alguns serviços, os profissionais, mesmo realizando o teste, não fazem o aconselhamento ou o contato com o parceiro de modo adequado. Não há controle sobre o aconselhamento e a testagem nos serviços privados, embora a infecção pelo HIV e a sífilis na gestação sejam eventos de notificação compulsória<sup>8</sup>. O teste rápido para o HIV, a ser realizado no momento do parto quando a gestante não conhece a sua sorologia, está disponível nas maternidades do SUS. Em todas as regiões do País há maternidades com equipes treinadas ou serviços de referência para atender gestantes com HIV ou com sífilis. Para as portadoras do HIV é recomendado pelo Ministério da Saúde o fornecimento de leite em pó para a criança até 06 meses. No entanto, a disponibilidade desse insumo varia de região para região, de cidade para cidade, e até de serviço para serviço, de acordo com as políticas estaduais e municipais. Nos grandes centros existem bancos de leite, ainda de difícil acesso e baixa cobertura<sup>9</sup>.

No que diz respeito à prevenção de uma futura gravidez, embora a recomendação do MS seja orientar o uso do preservativo, acompanhado ou não de outro método, é frequente a realização da contracepção injetável após o parto. Persiste também a indução da esterilização pelos profissionais de saúde, sugerida como uma chance para a mulher de aproveitar a cirurgia da cesárea e já “resolver” o problema da anticoncepção<sup>10</sup>.

## Meta 59 - Direitos humanos

### Indicadores propostos:

- Existência de políticas de promoção, garantia e reparação dos direitos das mulheres.
- Existência de programas de promoção da responsabilidade masculina em saúde sexual e reprodutiva.
- Existência de programas de proteção aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres mais vulneráveis.
- Acesso a serviços de reprodução assistida.

### Resultados:

Em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SEPM), ligada a presidência da República, com a missão de articular e desenvolver, em parceria com outros ministérios e setores de governo, programas e projetos voltados para empoderamento das mulheres<sup>11</sup>.

8 Portaria 05 de 21/02/2006, publicada no DÁ em 22/02/2006

9 Seabra, Nacela Janilde, Dra., PE DST/Aids, SP – comunicação pessoal

10 Barbosa, Regina Maria; Knauth, Daniela Riva - Esterilização feminina, AIDS e cultura médica: os casos de São Paulo e Porto Alegre, Brasil – Cad. Saúde Pública (v.19, supl.2, 2003)

11 Brasil, Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Plano Nacional de Políticas para Mulheres. SEPM, Brasília, 2004

Em 2004 essa secretaria elaborou o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, com ações prioritárias no campo de igualdade no trabalho, saúde, educação e combate à violência contra a mulher. Na realização das suas atividades a SEPM tem sempre que enfrentar o desafio do financiamento das suas propostas, já que não conta com financiamento próprio. No caso da implementação do programa integrado de combate à feminização do HIV, por exemplo, uma parte importante das ações previstas ocorre nas unidades de saúde, a partir dos fluxos e rotinas já existentes, que não incorporam de modo efetivo prevenção, diagnóstico e tratamento das DST e do HIV.

No que se refere às ações de saúde sexual e reprodutiva para a população masculina, os esforços também têm sido tímidos, à exceção de campanhas pontuais de prevenção de DST/aids e de ações esporádicas de ONG. Não existem programas de saúde sexual e reprodutiva para homens nos serviços de saúde, e a única ação concreta é a possibilidade de presença do pai nas consultas de pré-natal e no momento do parto, que, no entanto, tem tido baixa adesão.

Quanto a programas de garantia de direitos sexuais e reprodutivos de mulheres mais vulneráveis, cabe ressaltar o esforço da articulação da SEPM para que as mulheres encarceradas tenham algum tipo de assistência à saúde. No entanto, até o momento, a esmagadora maioria dos presídios para mulheres não conta com equipes de saúde e onde estas atuam nem sempre o trabalho tem a qualidade que seria desejável. As mulheres lésbicas e transexuais têm conseguido obter mais visibilidade nas suas demandas de saúde, embora estas ainda não se constituam em ações rotineiras nos serviços<sup>12</sup>.

A reprodução assistida, disponível no Sistema Único de Saúde, ainda não é oferecida para mulheres com HIV que desejam engravidar.

## Meta 60 - Direitos humanos

### Indicadores propostos:

- Existência de programas de prevenção específicos para mulheres jovens.
- Existência de programas de educação não formal que promovam a equidade entre os sexos.

### Resultados:

Apesar dos esforços do governo em estruturar uma Área Técnica de Saúde do Adolescente, ainda não existe, de fato, uma política de saúde do adolescente que atenda às necessidades específicas das mulheres jovens. As ações de prevenção do HIV acabam por ficar sob a responsabilidade do PN-DST/AIDS, que não tem uma proposta específica para as mulheres jovens. Onde existem ações de Saúde Sexual e Reprodutiva para jovens, estas se organizam a partir de uma perspectiva indiferenciada de “jovens”,

<sup>12</sup>Sandra Speroto – Coordenadora do DAS – Departamento de Ações em Saúde, seção de controle das DST HIV/AIDS de RS - comunicação pessoal

sem distinção de sexo ou gênero<sup>13</sup> e, dependendo da cidade ou região, as mulheres jovens enfrentam dificuldades no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, desde a falta de profissionais capacitados para esse atendimento, de equipamentos e de insumos nas unidades de saúde, até preconceitos da comunidade e dos profissionais dos serviços de saúde e de educação. Nas escolas, as ações de saúde sexual, quando existem, tomam como foco a prevenção da gravidez. O mesmo se repete nos serviços de saúde, quando existe alguma abordagem de Saúde Sexual e Reprodutiva.

A diretriz de Equidade de Gênero, embora contida nos Parâmetros Curriculares Nacionais, tem uma implementação heterogênea nas escolas, não existindo um sistema de monitoramento e supervisão dos conteúdos trabalhados. Os materiais educativos oficiais, embora tenham a perspectiva da equidade, não são acompanhados de propostas pedagógicas complementares que garantam a sua operacionalização<sup>14</sup>.

## Meta 61 - Direitos Humanos

### Indicadores propostos:

- Existência de leis específicas para prevenir, punir e reparar os danos decorrentes da violência de gênero contra as mulheres.
- Existência de ações específicas contra a exploração sexual de meninas.
- Existência e cobertura de serviços de atenção a mulheres e meninas vítimas de violência ou violação sexual.
- Existência de sistema público de coleta e divulgação de dados relativos à violência de gênero contra mulheres e meninas.

### Resultados:

Em 2006, foi sancionada a Lei Maria da Penha, que pune autores de violência contra as mulheres. Essa lei está em fase de divulgação e implementação, não sendo possível ainda avaliar os seus impactos na redução da violência contra as mulheres. Existem iniciativas do poder público, especialmente em nível municipal, para estimular a queixa por parte das mulheres, e a notificação, por parte dos serviços de atendimento, mas seus resultados ainda estão abaixo do desejável<sup>15</sup>. Os centros de referência para atendimento a mulheres vítimas de violência ainda são insuficientes, bem como as casas abrigo, que, além de insuficientes, encontram problemas na sua dinâmica de funcionamento<sup>16</sup>. As ações voltadas para os autores de violência, bem como as campanhas de prevenção direcionada à população masculina são muito escassas e pontuais, estando mais a cargo de organizações não-governamentais.

<sup>13</sup>Brasília, Ministério da Saúde- Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE. Brasília, 2006

<sup>14</sup>Daniel Miranda – Rede de protagonismo juvenil de Salvador - comunicação pessoal

<sup>15</sup>Brasil. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres - Um ano de vigência da Lei Maria da Penha. Disponível em [http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/sepm/noticias/ultimas\\_noticias/not\\_um\\_ano\\_vigencia\\_lei](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/noticias/ultimas_noticias/not_um_ano_vigencia_lei)

<sup>16</sup>Prates, Paula - Violência Doméstica e de Gênero: perfil sócio demográfico e psicossocial de mulheres abrigadas. São Paulo, FSP, 2007 (mimeo)

As ações voltadas para combater a exploração sexual de meninas estão contidas no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil <sup>17</sup>, sendo a atenção à essas meninas e suas famílias realizadas no âmbito do Projeto Sentinela. A implementação do plano ainda é limitada, existe muito pouca divulgação e articulação com outros setores de governo, especialmente no que se refere à prevenção do HIV/aids. Embora esse plano busque alguma articulação com as campanhas contra o trabalho infantil, em especial contra trabalho infantil doméstico das meninas, que muitas vezes está associado a situações de abuso sexual, seus resultados ainda são incipientes e pouco visíveis<sup>18</sup>.

## Meta 62 – Redução da vulnerabilidade.

### Indicadores propostos:

- Programas de apoio/transferência de renda a mulheres mais vulneráveis.
- Políticas afirmativas para inclusão de mulheres mais vulneráveis.
- Políticas e programas de proteção dos direitos humanos das mulheres mais vulneráveis.
- Programas que atendam as causas e problemas estruturais do tráfico de mulheres, evitando a criminalização e discriminação individual.
- Aplicação dos acordos, convênios e tratados internacionais que punam o tráfico de mulheres.
- Monitoramento por parte do governo das suas atividades de combate ao tráfico de mulheres.

### Resultados:

O Programa Bolsa-Família foi criado em 2003, unificando os diferentes programas de transferência de renda iniciados no país em 1995. Como inovação, o Bolsa-Família traz como condicionalidades a exigência de frequência a escolas das crianças de 06 a 15 anos e de cumprimento de uma agenda mínima de cuidados de saúde, como vacinação, frequência ao pré-natal, e acompanhamento nutricional. Embora as avaliações iniciais do programa apontem a redução da pobreza absoluta de um número expressivo de famílias, ainda não existem resultados específicos sobre o seu impacto para as mulheres.

Existem leis para a inclusão laboral de pessoas com necessidades especiais em empresas com mais de 50 empregados, que potencialmente beneficiam também as mulheres incluídas nessa categoria. O mesmo se aplica a questão das cotas para afro-descendentes nas universidades. Não existem, ainda, avaliações específicas sobre o impacto dessas medidas para as mulheres, especialmente as mais excluídas. Cabe ressaltar, que a Lei nº 9100, de 95, que estabelece a cota mínima de 20% de candidatas

<sup>17</sup>Brasil, Secretaria Nacional de Direitos Humanos - Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. SNDH, Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, Brasília, 2006

<sup>18</sup>Márcia Leão – Federação de Bandeirantes Brasil – comunicação pessoal



nas eleições em cada partido, ainda não produziu o resultado de promover equidade de gênero na vida política, havendo necessidade, segundo especialistas, de medidas adicionais para que as políticas de cotas sejam de fato efetivas na inclusão social das mulheres<sup>19</sup>.

Em 2003, no Plano Plurianual do recém-eleito presidente constava, como uma das suas prioridades, o combate ao tráfico de mulheres e meninas, porém, nada foi feito e o problema se agravou, em especial na região amazônica. Em 2007, foi instituído um grupo de trabalho para elaborar uma Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, no âmbito do Ministério da Justiça, como resposta ao Relatório sobre tráfico de pessoas do Departamento de Estado Norte Americano, de 2006, que situou o país em uma lista de países em “estado de atenção”<sup>20</sup>.

Atualmente, o enfrentamento ao tráfico de meninas faz parte do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, iniciativa do Governo Federal sob a coordenação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que também inclui a consolidação da Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e implementação da Lei Maria da Penha; promoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres; combate à Exploração Sexual de Meninas e Adolescentes e ao Tráfico de Mulheres; promoção dos Direitos Humanos das Mulheres em Situação de Prisão. Sendo recente, o pacto ainda não está totalmente divulgado para a população e ainda não conta com ações de monitoramento ou avaliação do resultado das suas ações.

## Meta 63 - Redução da vulnerabilidade de crianças e jovens

### Indicadores propostos:

- Programas que garantam retornos seguros e protegidos para crianças mais vulneráveis.
- Acesso a habitação, educação e alimentação para crianças afetadas ou infectadas pelo HIV.
- Participação efetiva de jovens no desenho, monitoramento e avaliação dos programas dirigidos a eles.
- Ações de capacitação de professoras em temas de SSR.

### Resultados:

Não existem políticas ou propostas efetivas para crianças e jovens vivendo com HIV. As ações desenvolvidas são restritas ao atendimento médico e ao apoio financeiro às casas de apoio para essas crianças com HIV em situação de vulnerabilidade social, não havendo também muitos estudos que quantifiquem esta população e qualifiquem as suas necessidades. Existe uma lei que proíbe que seja recusada matrícula de crianças com HIV nas escolas, mas não existe um trabalho regular

19 PNUD Brasil, Fórum de Debates sobre Reforma Política. Disponível em <http://www.pnud.org.br/administracao/entrevistas/index.php?id01=2291&lay=apu>.

20 Brasil, Ministério da Justiça. Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas. MJ, Brasília, 2007

e sistemático junto aos professores que os capacitem a lidar com a situação, impedindo a discriminação da criança e o posterior abandono dos estudos.

À medida que não existem programas abrangentes voltados para jovens, também não há mecanismo de inclusão de mulheres jovens na formulação de políticas a elas dirigidas.

A capacitação de professores para a abordagem da saúde sexual e reprodutiva, quer seja com tema transversal ou mesmo como uma dimensão da proposta pedagogia é heterogênea, dependendo da escola, do município e do estado. Não há mecanismos de educação continuada ou de suporte aos educadores de jovens.

## Meta 64 - Redução de vulnerabilidade

### Indicadores propostos

- Estabelecimento de parcerias regionais ou internacionais para fortalecer programas e atividades específicas de atenção à saúde sexual e reprodutiva para mulheres mais vulneráveis.
- Participação de representantes de grupos de mulheres mais vulneráveis no processo de articulação regional ou internacional.
- Aportes governamentais para o trabalho com mulheres mais excluídas.

### Resultados

Por meio de convênios com agências nacionais e internacionais, o governo, nos seus três níveis, vem tentando garantir aportes financeiros para ações de saúde sexual e reprodutiva, especialmente na interface com a infecção pelo HIV. Assim, existem aportes financeiros e políticos para o trabalho com alguns grupos de mulheres em situação de maior vulnerabilidade, como as profissionais do sexo, mulheres HIV+, mulheres lésbicas, mulheres negras, afro-descendentes, indígenas e ciganas. A orientação na Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres<sup>21</sup> é de que as ações de saúde devem buscar incluir essas mulheres, tanto no acesso a cuidados quanto nos processos de tomada de decisão. Na prática isto ocorre com maior ou menor sucesso a depender do gestor local. Dependendo da região ou do serviço existem diversas barreiras. Para mulheres prostitutas, por exemplo, existe um olhar dos serviços de saúde que se volta apenas para questão sexual e o risco de transmissão de doenças, sem levar em conta a saúde integral da mulher<sup>22</sup>. Para as privadas de liberdade, fazer uso da terapia ARV pode ser uma porta para a discriminação, além da dificuldade de acesso a esse ou qualquer outro medicamento e insumos de prevenção; as visitas íntimas dependem da decisão de cada instituição prisional. Nessas visitas são disponibilizados preservativos.

21 Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher. MS, SAS. Brasília, 2005

22 Gabriela Leite, Rede Nacional de Prostitutas, comunicação pessoal

## Meta 65 - Órfãos

### Indicadores propostos:

- Alcance, adequação e efetividade de programas específicos de suporte a órfãos e crianças infectadas e afetadas pelo HIV.
- Qualidade dos abrigos.
- Alcance, adequação e efetividade de programas de educação sexual e suporte à SSR de crianças órfãs e crianças infectadas e afetadas pelo HIV.

### Resultados:

Do mesmo modo como não existem estratégias de apoio para crianças afetadas e infectadas pelo HIV, também não existem ações claras direcionadas aos órfãos, cujo trabalho ainda se concentra nas mãos da sociedade civil. O sistema existente no País para apoio aos órfãos, em geral é pouco eficiente apesar dos avanços legais de proteção a criança e adolescente (ECA), e os abrigos são poucos e há grandes dificuldades na inserção escolar, social, familiar e comunitária desse grupo. As iniciativas intersetoriais são frágeis e não existe uma política construída para minimizar os impactos da institucionalização dos órfãos e jovens adolescentes, que quando chegam à fase adulta se vêm desamparados, sem terem tido, quando crianças, um preparo adequado para uma vida futura profissional e emocional independente.

## Meta 69 - Redução do Impacto Social e Econômico do HIV

### Indicadores propostos

- Disponibilidade de dados ou estudos sobre o impacto socioeconômico do HIV sobre as mulheres.

### Resultados

Não há informação suficiente que possa servir de linha de base.

## Meta 72 - Investigação e Desenvolvimento

### Indicadores propostos

- Existência de sistemas de vigilância dos efeitos colaterais dos ARV, desagregado por sexo.

### Resultados:

Não existe um recorte de gênero na maioria dos estudos clínicos com medicamentos anti-HV/aids no País que permita comparar os efeitos da intervenção em homens e mulheres, nem um estímulo formal para o desenvolvimento desse tipo de estudo ou para a participação das mulheres nos ensaios clínicos.

Também não há estudos sobre efeitos colaterais do ARV em mulheres que subsidiem um sistema de vigilância para esse tema, sendo esta uma demanda antiga da população feminina vivendo com HIV/aids.

O estudo sociocomportamental realizado pelo PN-DST/AIDS com mulheres vivendo com HIV em 2005 ainda não teve seus resultados divulgados.

### **III – Fortalezas, fragilidades e recomendações para a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/aids e para a prevenção da epidemia entre mulheres**

Os marcos normativos disponíveis no País sob forma de leis, programas e projetos sem dúvida possibilitam a implementação de uma série de medidas visando à equidade de gênero, uma das estratégias é enfrentar a disseminação do HIV entre mulheres. No entanto, a prodigalidade de leis, propostas e documentos nem sempre corresponde a sua efetiva implementação.

A existência do Plano Nacional de Enfrentamento à Feminização de Epidemia e do Pacto Nacional de enfrentamento da Violência contra as Mulheres, e ainda o protagonismo do PN-DST/AIDS aparecem como importantes janelas de oportunidades, no sentido de oferecer os marcos normativos e programáticos para o desenvolvimento das ações necessárias.

No entanto, à medida que muitas das ações importantes para as mulheres estão sob a governabilidade de outros setores do Ministério da Saúde, e mesmo de outros ministérios, é necessário aprofundar as parcerias para a construção de políticas intersetoriais amplas, como proposto na Declaração de Compromisso.

Especificamente em relação às ações do setor saúde, observa-se a permanência da idéia de “Saúde da Mulher” na organização de práticas e serviços, o que se torna restritivo a uma abordagem de saúde sexual e reprodutiva mais ampla e mais adequada aos propósitos do enfrentamento da epidemia, já que essa segunda formulação permite incluir os homens, os jovens e a população GLBT.

Ao mesmo tempo, há que se enfrentar a dificuldade de integrar, no âmbito das práticas dos serviços de saúde, as ações de assistência e de prevenção. Dada a autonomia dos municípios, as recomendações de que o espaço da unidade básica de saúde deva ser um espaço também educativo não são mandatórias, ficando a cargo do gestor o reconhecimento da sua importância e desenvolvimento de tecnologias apropriadas para tal, o que nem sempre acontece. Seriam necessárias maiores esforços para capacitação e envolvimento dos atores do nível local.

A dificuldade de uma política mais sólida de combate às ITS também aparece como uma importante lacuna. Apesar da importância do plano de combate à sífilis congênita cabe lembrar que essa ação, assim como os projetos de redução da transmissão vertical do HIV visam à proteção da criança, ficando a mulher – principalmente a mulher jovem – sem contar com ações específicas de prevenção e diagnóstico precoce e as ações de saúde da mulher ainda marcadas pelo paradigma da atenção materno-infantil.

No que diz respeito à redução da vulnerabilidade das mulheres, há que se considerar a falta de estudos específicos, em especial que relacionem aspectos de saúde, pobreza e suporte social. Há que se considerar especificamente que, embora existam leis que protegem trabalhadores com HIV no geral, estas nem sempre cumpridas ou acionadas, em particular no caso das mulheres com HIV, que muitas vezes trabalham como empregadas domésticas sem proteção legal ou têm contratos precários de trabalho. Existem freqüentes denúncias de que as mulheres com HIV são discriminadas e excluídas do mercado de trabalho, embora não haja documentação a respeito.

Uma importante lacuna se refere aos jovens e crianças, em especial os mais excluídos, que estão fora da escola, vivem em abrigos ou em situação de rua, para os quais existem pouquíssimas ações, embora esta seja uma população especialmente vulnerável ao HIV, sendo necessária e urgente a elaboração de políticas específicas para esse segmento populacional.

Por último, vale ressaltar que o governo conta com diversos sistemas de coleta de dados e monitoramento das suas diferentes ações, nem todos compatíveis entre si, com cobertura ou periodicidade semelhante. Isto dificulta o trabalho da sociedade civil, que muitas vezes não consegue obter e analisar com propriedade as informações necessárias para sugerir aos gestores locais ações mais efetivas no enfrentamento da epidemia, sendo necessário um esforço contínuo, por parte do governo, no sentido de capacitar e apoiar a sociedade civil para um melhor desempenho das suas ações de controle social.

## Participantes IV Fórum UNGASS 2007 da Sociedade Civil:

<b>NOME</b>	<b>ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO</b>
Gleizy Irene Lopes Gueiros de Melo	Diaconia
Ana Patrícia da Silva	CES – Sexualidade, Gênero e Raça
Evandro Batista de Almeida	Rede Pernambucana de Redução de Danos
Marineide Soares Barbosa	CTA - Paulista
André Valeriano Almeida Guedes	Atos de Cidadania
Alexandre Magno Lins Soares	Satyricon
Venuse Braga Pires	AMNE
Roberto Augusto Brito	Articulação AIDS em Pernambuco
Luizabeth Araújo	Grupo Cactos / Fórum de Mulheres de Pernambuco
Carlos Antonio Lins	Casa Herbert de Souza
Sylvia Siqueira das Graças	Movimento Infanto-Juvenil de Reivindicação (Mirim-Brasil)
Cláudio Galvez Kovacic	Plan International - Brasil
Vitor Albuquerque Buriti	RNP+ Paraíba
Paulo Giacomini	RNP+
Patrícia Werlang	GAPA/RS
Fábio Pereira Neto	RNP+ Curitiba
Wendel Alencar de Oliveira	RNP+ Nordeste
Moisés Longuinho Toniolo de Souza	RNP+ BA
Gladys Almeida	GAPA/BA
Maria Cristina Pimenta Oliveira	ABIA
Janete Alves da Silva	RNP+ Rio Branco
Jacqueline Rocha Côrtes	RNP+ Brasil / MNCP+
José Marcos de Oliveira	Conselho Nacional de Saúde
Américo Nunes Neto	Fórum de ONG/AIDS de São Paulo
Ramon Luiz Bello Costa	GAPA/MG
Laurinha de Souza Brelaz	Rede Amizade e Solidariedade as Pessoas com HIV/AIDS
Juçara Portugal Santiago	Capítulo Brasileiro da ICW
Francisco Orlaneudo de Lima	Fórum de ONG/AIDS do Ceará
Mirtes Brígido Machado	Fórum de ONG/AIDS do Ceará
Luiz Sousa Morais	RNP+ PI
Aurea Celeste da Silva Abbade	GAPA/SP
Ana Cristina Carvalho de Oliveira	Associação de Luta pela Vida – ALV/Roraima
Regina Cláudia Barroso Cavalcante	GAPA/CE
José Reginaldo Mesquita da Silva	RNP+ TO
Paulo Barbosa Fernandes	GAPA/DF
Gabriela Leite	DAVIDA/RJ
Tânia Tenório	GESTOS/PE
Fernanda Lopes	UNFPA
Elaine Maurício Bezerra	Centro da Mulher 8 de março
Francine Correa	Grupo de Travestis
Ivete de Albuquerque Xavier	GESTOS/PE
Daniel Francisco	GESTOS/PE
Joan Alves da Silva	Grupo de Mulheres
José Carlos Veloso	GAPA/SP
José Glebson da Silva	Grupo de Homens
José Mauro da Silva	Grupo de Homens
Josué Barros	Grupo de Homens
Kariana Guérios	GESTOS/PE
Kátia Guimarães	PN DST e AIDS
Laurent Zessler	UNAIDS
Manuella Donato	GESTOS/PE
Marta Guerra	GESTOS/PE
Roseane Souza dos Santos	Grupo de Mulheres
Sergio Souza Costa	GESTOS/PE
Wilza Vilella	ABRASCO
Alessandra Nilo	GESTOS/PE
Jair Brandão	GESTOS e RNP+/PE

## Referência

- Almeida Pereira RA, Mussi AD, de Azevedo e Silva VC, Souto FJ. Hepatitis B Virus infection in HIV-positive population in Brazil: results of a survey in the state of Mato Grosso and a comparative analysis with other regions of Brazil. *BMC Infect Dis.* 2006;6:34
- Anônimo (Clinical alerts) — Immunizations Are Discontinued in Two HIV Vaccine Trials, Statement issued by NIH at September 21, disponível em [http://www.nlm.nih.gov/databases/alerts/hiv\\_step\\_study.html](http://www.nlm.nih.gov/databases/alerts/hiv_step_study.html)
- Armitage, P. and Berry, G. *Statistical Methods in Medical Research.* 3 ed. Oxford: Blackwell Science, 1994
- Ayres JR, Paiva V, França I Jr, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, Marques HH, Galano E, Lecussan P, Segurado AC, Silva MH. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health.* 2006;96(6):1001-6.
- Banolo PF, César CC, Acúrcio FA, Ceccato MGB, Pádua CAM, Álvares J, et al. Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS* 2005(supp 4):S5-S13.
- Barbosa RM e Koyama MAH. Mudanças recentes no comportamento e nas práticas sexuais de homens e mulheres, 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública* vol 42 Suplemento 1 . No prelo, 2008.
- Barbosa RM, Kalckmann S, Berquó E, Stein Z. Notes on the female condom: experiences in Brazil. *Int J STD AIDS.* 2007;18(4):261-6.
- Barcellos NT, Fuchs SC, Mondini LG, Murphy EL. Human T lymphotropic virus type I/II infection: prevalence and risk factors in individuals testing for HIV in counseling centers from Southern Brazil. *Sex Transm Dis.* 2006;33(5):302-6.
- Barreira D, Grangeiro G. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Publica* 2007; 41(supl 1):4-8.
- Barreto CC, Nishyia A, Araújo LV, Ferreira JE, Busch MP, Sabino EC. Trends in antiretroviral drug resistance and clade distributions among HIV-1--infected blood donors in Sao Paulo, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006;41(3):338-41.
- Bassols AM, Santos RA, Rohde LA, Pechansky F. Exposure to HIV in Brazilian adolescents: the impact of psychiatric symptomatology. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2007;16(4):236-42

Bastos FI, Bongertz V, Teixeira SL, Morgado MG, Hacker MA. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2005;100(1):91-6.

Bastos FI, Hacker MA. Brazilian biomedical and epidemiological research vis-à-vis the UNGASS targets]. *Rev Saude Publica*. 2006;40 Suppl:31-41.

Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(Supl 1):65-76.

Bello G, Guimarães ML, Morgado MG. Evolutionary history of HIV-1 subtype B and F infections in Brazil. *AIDS*. 2006;20(5):763-8.

Braga PE, Cardoso MR, Segurado AC. Gender differences among persons with HIV admitted to a university reference center in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2653-62.

Braga WS, da Costa Castilho M, dos Santos IC, Moura MA, Segurado AC. Low prevalence of hepatitis B virus, hepatitis D virus and hepatitis C virus among patients with human immunodeficiency virus or acquired immunodeficiency syndrome in the Brazilian Amazon basin. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2006;39(6):519-22

Braitstein P, Brinkhof MW, Dabis F, Schechter M, Boulle A, Miotti P et al. Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 2006;367:817-24.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Revista +: experiência do Programa Brasileiro de Aids. Brasília(DF), s/d. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B94F294DB-E910-47B9-B656-8D6FF40FC62C%7D/resp-posit01web11.pdf>. [Acesso em 17 jan 2008].

Brasil. Lei No. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de aids. Disponível em <HTTP://www6.senado.gov.br/legislacao/listapublicacoes.action?id=144779>. [Acesso em 1 mar2006].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids. Série avaliação N°. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Bela Vista e Horizonte: Estudos Comportamentais e Epidemiológicos entre Homens que fazem Sexo com Homens. Série Avaliação n°. 5. Brasília: 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação



Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114p.:il. – (Série Avaliação nº 8.) - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; nº58)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. IBOPE. Pesquisa de opinião pública sobre homossexuais masculinos. Relatório Técnico. Brasília: 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília:Ministério da Saúde, 2003. 104 p.:il.color. – (Série Estudos Pesquisas e Avaliação nº 7).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças./Ministério da Saúde, 2003. 56p. il. – (Série Manuais nº 60).

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 244 p.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. Centers of Diseases Control and Prevention. MonitorAIDS: sistema de monitoramento de indicadores do Programa Nacional de DST e Aids. (Versão 1.0)/Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Centers of Diseases Control and Prevention - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 100p.il. Disponível em <URL: <http://www.aids.gov.br/m&a/biblioteca/monitoraids.pdf> [2007 nov 07]

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Coordenação de Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Resolução de Reunião da Diretoria Colegiada (RDC) nº 153, de 14 de junho de 2004. Brasília (Brasil): Diário Oficial da União; Poder Executivo; 2004. [legislação na Internet].[acesso em janeiro de 2008]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sangue/index.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano estratégico do Programa Nacional de DST/ Aids 2004 - 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 54 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Disponível em <URL: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04\\_0059\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0059_M.pdf) [2007 nov 07]

Brasil. Universidade de Brasília. Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares Núcleo de Estudos de Saúde Pública – Comportamento sexual e cidadania junto à população de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília, 2005.70p. color

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Strengthening of the DOTS strategy in large urban centers with high tuberculosis burden in Brazil. Brasília(DF), 2005. Disponível em “[http://www.theglobalfund.org/search/docs/5BRAT\\_964\\_0\\_full.pdf](http://www.theglobalfund.org/search/docs/5BRAT_964_0_full.pdf)” [acesso em 25 jan 2008].

Brasil. Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids . Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004/Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 175 p.:il

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano III nº 01 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a julho de 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa entre Conscritos do Exército Brasileiro 1996-2002: Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 128p. Série Estudos Pesquisas e Avaliação n.º 2

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Histórico do Programa Nacional de DST e Aids. Brasília(DF), 2006. Disponível em <http://www.aids.gov.br/main.asp?View={E77B47C8-3436-41E0-AC19-E1B215447EB9}&BrowserType=IE&LangID=pt-br&params=itemID={DB3685DF-EFBA-4FED-AC6A-DF17BA0BB2B6};&UIPartUID={D90F22DB-05D4-4644-A8F2-FAD4803C8898}>. [Acesso em 17 jan 2008].

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

Brasil. Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV: 2007/2008. Brasília(DF); 2007. [documento preliminar] Disponível em <URL: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B3EAEA830-A188-4DE0-9473-12D73D8B6F8B%7D/Consenso%202008B.pdf> [2007 nov 07]

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano IV - nº 1 - 27ª - 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2006. Ano IV - nº 1 - 01ª - 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2007. Brasil. Disponível em: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) (acessado em 14/1/08).

Brasil. Decreto No. 6180, de 04 de maio de 2007. Concede licenciamento compulsório, por interesse público, de patentes referentes ao efavirenz, para fins de uso público não comercial. Brasília(DF), Diário Oficial da União, seção 1, 5 mai 2007a.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria No. 886, de 24 de abril de 2007. Declara de interesse público os direitos de patentes sobre o efavirenz, para fins de concessão de licença compulsória para uso público não comercial. Brasília(DF), Diário Oficial da União, seção 1, 25 abr 2007b.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasil declara licença compulsória do efavirenz. Brasília(DF), 2007d. Disponível em <http://www.aids.gov.br/main.asp?View={E77B47C8-3436-41E0-AC19-E1B215447EB9}&BrowserType=IE&LangID=pt-br&params=itemID={A5D44CBB-5493-4EEE-912E-15DA572BA68C};&UIPartUID={D90F22DB-05D4-4644-A8F2-FAD4803C8898}>. [Acesso em 17 jan 2008].

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids . Notas Positivas. Informativo Mensal Ano I nº 5 março de 2006 .

Brinkhof MW, Egger M, Boulle A, May M, Hosseinipour M, Sprinz E, et al; Antiretroviral Therapy in Low-Income Countries Collaboration of the International epidemiological Databases to Evaluate AIDS (IeDEA); ART Cohort Collaboration. Tuberculosis after initiation of antiretroviral therapy in low-income and high-income countries. *Clin Infect Dis*. 2007;45(11):1518-21. <http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/522986>

Brito AM de, Castilho EA de, Szwarcwald CL. AIDS and HIV infection in Brazil: a multifaceted epidemic. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [periódico na Internet]. 2001 Abr [citado 2007 Mar 20] ; 34(2): 207-217. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=es&nrm=iso). doi: 10.1590/S0037-86822001000200010.

Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. *Braz J Infect Dis*. 2005;9(1):9-19.

Brito AM, de Sousa JL, Luna CF, Dourado I.. Trends in maternal-infant transmission of AIDS after antiretroviral therapy in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2006;40 Suppl:18-22.

Cabral VP, Cunha CB, Magalhaes EF, Pinto-Neto LF, Couto-Fernandez JC, Dietze R, Morgado MG, Ribeiro-Rodrigues R. Human immunodeficiency virus type-1 subtypes of infected patients in Espírito Santo, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2006;101(8):881-5

Caiaffa WT, Bastos FI, Freitas LL de, Mingoti SA, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB et al . The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AjUDE-Brasil I and II Projects. *Cad. Saúde Pública* [periodico na Internet]. 2006 Apr [cited 2008 Jan 31] ; 22(4): 771-782. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-11X2006000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2006000400016&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2006000400016

Caiaffa, WT. Projeto Ajude-Brasil: Avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CN-DST/AIDS./Walesca Teixeira Caiaffa et al. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação

- Nacional de DST e Aids, Brasília, Ministério da Saúde, 2001. 344p;( Série Avaliação,6).
- Camargo BV, Botelho LJ. AIDS, sexuality and attitude of adolescents about protection against HIV. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):61-8.
- Campos DP, Ribeiro SR, Grinsztejn B, et al. Survival of AIDS patients using two case definitions, Rio de Janeiro, Brazil, 1986-2003. *AIDS* 2005; 19 (Suppl 4): S22-S26.
- Cardoso MN, Caiaffa WT, Mingoti SA. AIDS incidence and mortality in injecting drug users: the AjUDE-Brasil II Project. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 Apr [citado 2008 Jan 31]; 22(4): 827-837. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000400021&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2006000400021
- Carvalho FT, Neiva-Silva L, Ramos MC, Evans J, Koller SH, Piccinini CA, Page-Shafer K. Sexual and drug use risk behaviors among children and youth in street circumstances in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Behav*. 2006;10(4 Suppl): S57-66.
- Carvalho LG, Buani AZ, Zöllner MS, Scherma AP. Co-infection with *Mycobacterium tuberculosis* and human immunodeficiency virus: an epidemiological analysis in the city of Taubaté, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2006;32(5):424-9.
- CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), 1999. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. Relatório Técnico. São Paulo: Ministério da Saúde.
- Chacham AS, Diniz SG, Maia MB, Galati AF, Mirim LA. Sexual and reproductive health needs of sex workers: two feminist projects in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2007;15(29):108-18
- Chacham AS, Maia MB, Greco M, Silva AP, Greco DB. Autonomy and susceptibility to HIV/AIDS among young women living in a slum in Belo Horizonte, Brazil. *AIDS Care*. 2007;19 Suppl 1:S12-22.
- Chan KCW, Yip B, Hoog RS, et al. Survival rates often the initiation of antiretroviral therapy stratified by CD4 cell counts in two cohorts in Canada and United States. *Aids* 2002; 16(12): 1693-95.
- Cirne-Santos CC, Souza TM, Teixeira VL, Fontes CF, Rebello MA, Castello-Branco LR, Abreu CM, Tanuri A, Frugulhetti IC, Bou-Habib DC. The dolabellane diterpene Dolabelladienetriol is a typical noncompetitive inhibitor of HIV-1 reverse transcriptase enzyme. *Antiviral Res*. 2007;
- Cirne-Santos, C.C. . Inhibition of HIV-1 Replication in Human Primary Cells by a Dolabellane Diterpene Isolated from the Marine Algae *Dictyota pfaaffii*. *Planta Medica*, v. 72, n. 0, p. 295-299, 2006.
- Dallari, S G. *A Saude do Brasileiro*, São Paulo: Moderna, 1987. Coleção Polêmica.P.7
- D'Ippolito M, Read JS, Korelitz J, João EC, Mussi-Pinhata M, Rocha N; NISDI Perinatal Study Group. Missed opportunities for prevention of mother-to-child

transmission of human immunodeficiency virus type 1 in Latin America and the Caribbean: the NISDI perinatal study. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26(7):649-53.

Doreto DT, Vieira EM. Knowledge on sexually transmitted diseases among low-income adolescents in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2511-6.

Dourado I, Milroy CA, Mello MA, Ferraro GA, Castro-Lima Filho H, Guimarães ML, Morgado MG, Teixeira MG, Barreto ML, Galvão-Castro B. HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(1):25-32.

Dourado I, Veras MA, Barreira D, de Brito AM.. AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40 Suppl:9-17.

Dowdy DW, Sweat MD, Holtgrave DR. Country-wide distribution of the nitrile female condom (FC2) in Brazil and South Africa: a cost-effectiveness analysis. *AIDS*. 2006;20(16):2091-8.

Duran AS, Losso MH, Salomón H, Harris DR, Pampuro S, Soto-Ramirez LE, Duarte G, de Souza RS, Read JS; NISDI Perinatal Study Group. Drug resistance among HIV-infected pregnant women receiving antiretrovirals for prophylaxis. *AIDS*. 2007;21(2):199-205.

Dutra-Jr JCS, Benzaken AS e Vasques GF. Prevalência de sífilis e HIV em mulheres trabalhadoras do sexo na zona portuária da cidade de Manaus-AM, utilizando a metodologia Respondent Driven Sampling. Relatório técnico. Brasília. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e aids ; 2006.

Easterbrook PJ, Yu LM, Goetghebeur E, et al. Ten-year trends in CD4 cell counts at HIV and Aids diagnosis in a London HIV clinic. *AIDS* 2000; 14(5): 561-71.

Etard JF, Ndiaye I, Thierry-Mieg M, et al. Mortality and causes of death in adults receiving highly active antiretroviral therapy in Senegal: a 7-year cohort study. *AIDS* 2006; 20: 1181-89.

Eyer-Silva WA, Couto-Fernandez JC, Morgado MG. Molecular epidemiology of HIV type 1 in inner Rio De Janeiro State, Brazil. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2007;23(2):303-8.

Farias N, Cardoso MR. AIDS mortality and socioeconomic indexes in the city of Sao Paulo, 1994-2002. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):198-205.

Fehringer J, Bastos FI, Massard E, Maia L, Pilotto JH, Kerrigan D. Supporting adherence to highly active antiretroviral therapy and protected sex among people living with HIV/AIDS: the role of patient-provider communication in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Patient Care STDS*. 2006;20(9):637-48

Fernandes RC, Araújo LC, Medina-Acosta E.. Prevention of vertical HIV transmission in Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1153-9.

Ferreira AD, Caiaffa WT, Bastos FI, Mingoti SA. Injecting drug users who are (un)aware of their HIV serostatus: findings from the multi-center study AjUDE-Brasil II. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(4):815-826.

Ferreira AD, Caiaffa WT, Bastos FI, Mingoti SA; Projeto AjUDE-Brasil II. Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Cad Saude Publica*. 2006;22(4):849-60.

Ferreira C, Sá-Ferreira JA, Riedel M, Widolin VMR, Chequer P. The Brazilian experience in training for implementation of anti-HIV rapid tests in Amazon region. XVI International Aids Conference. Toronto, 13-18 aug 2006.

Ferreira Junior OC, Ferreira C, Riedel M, Widolin MR, Barbosa-Júnior A; HIV Rapid Test Study Group. Evaluation of rapid tests for anti-HIV detection in Brazil. *AIDS*. 2005;19 Suppl 4:S70-5.

Ferreira VMB, Portela MC, Vasconcellos MTL. Variables associated with underreporting of AIDS patients, Brazil, 1996. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(2): 170-177.

Ferreira VMB, Portela MC. Evaluation of under-reporting of AIDS cases in the city of Rio de Janeiro based on data from the Hospital Information System of the Unified Health System. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15(2): 317-324.

Fonseca EM, Nunn A, Souza-Junior PB, Bastos FI, Ribeiro JM. Decentralization, AIDS, and harm reduction: the implementation of public policies in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(9):2134-44.

Fonseca EM, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saude Publica*. 2006;22(4):761-70.

França-Jr I, Calazans G, Zucchi EM. Mudanças no acesso e uso de testes anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública* vol 42 Suplemento 1. No prelo, 2008.

França-Junior I, Doring M, Stella IM. Orphans and vulnerable children affected by HIV/AIDS in Brazil: where do we stand and where are we heading?. *Rev Saude Publica*. 2006;40 Suppl:23-30.

França-Junior, I., Lopes, F., Paiva, V., Venturi, G. Acesso ao teste anti - hiv no Brasil 2003 : A Pesquisa MS/IBOPE. Relatório Final. Brasília: Brasil: Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids; 2003 janeiro de 2003. [http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B7B791F50-5AC7-4F86-ABE7-1C7A578EBFB3%7D/artigo\\_teste.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B7B791F50-5AC7-4F86-ABE7-1C7A578EBFB3%7D/artigo_teste.pdf)

Freitas Oliveira CA, Ueda M, Yamashiro R, Rodrigues R, Sheppard HW, de Macedo Brígido LF. Rate and incidence estimates of recent human immunodeficiency virus type 1 infections among pregnant women in Sao Paulo, Brazil, from 1991 to 2002. *J Clin Microbiol*. 2005;43(3):1439-42.

Galvão J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (1): 213-219.

- Galvão J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet* 2002; 360: 1862-65.
- Galvão J. Brazil and access to HIV/Aids drugs: a question of human rights and public health. *Am J Public Health* 2005; 95 (7):1110-1116.
- Geary CW, Burke HM, Castelnuovo L, Neupane S, Sall YB, Wong E. Exposure to MTV's global HIV prevention campaign in Kathmandu, Nepal; São Paulo, Brazil; and Dakar, Senegal. *AIDS Educ Prev.* 2007;19(1):36-50
- Golub JE, Saraceni V, Cavalcante SC, Pacheco AG, Moulton LH, King BS, Efron A, Moore RD, Chaisson RE, Durovni B. The impact of antiretroviral therapy and isoniazid preventive therapy on tuberculosis incidence in HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS.* 2007;21(11):1441-8.
- Grangeiro A, et al. Diagnóstico situacional dos centros de testagem e aconselhamento do Brasil. São Paulo; 2007 [Relatório de pesquisa – Instituto de Saúde, Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Medicina da USP]. Disponível em <URL: [http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B1D6F289E-CEDA-42B0-94F5-89683D6772DA%7D/relatorio\\_situacional\\_cta.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B1D6F289E-CEDA-42B0-94F5-89683D6772DA%7D/relatorio_situacional_cta.pdf) [2007 nov 07]
- Grangeiro A, Ferraz D, Barbosa R, et al. UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(supl): 5-8.
- Grinsztejn B, Veloso VG, Pilotto JH, Campos DP, Keruly JC, Moore RD. Comparison of clinical response to initial highly active antiretroviral therapy in the patients in clinical care in the United States and Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;45(5):515-20.
- Hacker MA, Friedman SR, Telles PR, Teixeira SL, Bongertz V, Morgado MG, Bastos FI. The role of “long-term” and “new” injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Use Misuse.* 2005;40(1):99-123
- Hacker MA, Leite IC, Renton A, Torres TG, Gracie R, Bastos FI. Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2006 Apr;22(4):751-60. Epub 2006 Apr 5. PMID: 16612429 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Hardin J.W, Hilbe J.M. Generalized Estimating Equations. Chapman & Hall. 2003.
- Inciardi JA, Surratt HL, Pechansky F, Kessler F, von Diemen L, da Silva EM, Martin SS. Changing patterns of cocaine use and hiv risks in the south of Brazil. *J Psychoactive Drugs.* 2006;38(3):305-10.
- Kano EK, dos Reis Serra CH, Koono EE, Andrade SS, Porta V. Determination of lamivudine in human plasma by HPLC and its use in bioequivalence studies. *Int J Pharm.* 2005; 297(1-2):73-9.
- Kerrigan D, Bastos FI, Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Pilotto JH, Strathdee SA. The search for social validation and the sexual behavior of people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil: understanding the role of treatment optimism in context. *Soc Sci Med.* 2006;62(10):2386-96.

Kilsztajn S, Lopes ES, do Carmo MS, Rocha PA. Improvement in survival among symptomatic AIDS patients by exposure category in Sao Paulo. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;45(3):342-7.

Lacerda RM, Gravato NS, Araujo N e Morell MGP. Respondent Driving Sampling (RDS): uma metodologia efetiva para estimar vulnerabilidade a transmissão do HIV entre trabalhadoras do sexo em Santos . Relatório técnico. Brasília. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e aids ; 2006.

Laurito TL, Santagada V, Caliendo G, Oliveira CH, Barrientos-Astigarraga RE, De Nucci G. Nevirapine quantification in human plasma by high-performance liquid chromatography coupled to electrospray tandem mass spectrometry. Application to bioequivalence study. *J Mass Spectrom*. 2002; 37(4):434-41.

Lemos KRV, Valente JG. Death certificates as a marker for under-recording of AIDS cases. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(3): 617-626.

Levi CG, Vitória MAA. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS* 2002; 16: 2373-83.

Lignani L Jr, Oliveira EI, Carneiro M, Greco M, Andrade J, Antunes CM, Greco DB. Sexually transmitted diseases in homosexual and bisexual males from a cohort of human immunodeficiency virus negative volunteers (Project Horizonte), Belo Horizonte, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2000;95(6):783-5

Locateli D, Stoco PH, de Queiroz AT, Alcântara LC, Ferreira LG, Zanetti CR, Rodrigues R, Grisard EC, Pinto AR. Molecular epidemiology of HIV-1 in Santa Catarina State confirms increases of subtype C in Southern Brazil. *J Med Virol*. 2007;79(10):1455-63

Lucena FFA, Fonseca MGP, Sousa AIA, Coeli CM. O relacionamento de banco de dados na implementação da vigilância da aids. Relacionamento de dados e vigilância da aids. *Cadernos Saúde Coletiva* 2006; 14(2):305-312.

M May, JAC Sterne, C Sabin, D Costagliola, AC Justice, R Thiebaut, et al; The Antiretroviral Therapy (ART) Cohort Collaboration. Prognosis of HIV-1-infected patients up to 5 years after initiation of HAART: collaborative analysis of prospective studies. *AIDS*. 2007 May 31, 21(9):1185-1197.

Machado CV. Prioridades de Saúde no Brasil nos anos 90: três políticas, muitas lições. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 20(1): 41-9.

Maeve M, Pinho AA, Chinaglia M, Tun W, Barbosa-Jr A, Westman S, Diaz J. Assessment of risk factors for HIV infection among men who have sex with men population in the Metropolitan Area of Campinas city, Brazil, using respondent-driven sampling. *Horizons Report/The Population Council*. No prelo. 2007.

Magalhães, MN e Lima, ACP. Noções de Probabilidade e Estatística. São Paulo: IME-USP, 2ª ed, 2000.

Malta M, Bastos FI, Strathdee SA, Cunningham SD, Pilotto JH, Kerrigan D. Knowledge, perceived stigma, and care-seeking experiences for sexually



- transmitted infections: a qualitative study from the perspective of public clinic attendees in Rio de Janeiro, Brazil. *BMC Public Health*. 2007;7:18
- Malta M, Petersen ML, Clair S, Freitas F, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy: a qualitative study with physicians from Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1424-32.
- Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, Chequer P, Teixeira PR, Norman H. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS* 2003; 17:1675-82.
- Martínez AM, Hora VP, Santos AL, Mendoza-Sassi R, Von Groll A, Soares EA, D'Avila N, Silveira J, Leal RG, Tanuri A, Soares MA; HIV/AIDS Unit. Determinants of HIV-1 mother-to-child transmission in Southern Brazil. *An Acad Bras Cienc*. 2006;78(1):113-21.
- Martins LB, Costa-Paiva L, Osis MJ, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Knowledge of contraceptive methods among adolescent students. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):57-64.
- Martins LB, da Costa-Paiva LH, Osis MJ, de Sousa MH, Pinto-Neto AM, Tadini V. Factors associated with condom use and knowledge about STD/AIDS among teenagers in public and private schools in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):315-23.
- Matida LH, da Silva MH, Tayra A, Succi RC, Gianna MC, Gonçalves A, de Carvalho HB, Hearst N. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in São Paulo State, Brazil: an update. *AIDS*. 2005;19 Suppl 4:S37-41.
- Matida LH, Marcopito LE, Succi RC, Marques HH, Della Negra M, Grangeiro A, et al. Improving survival among Brazilian children with perinatally-acquired Aids. *Braz J Infect Dis* 2004; 8:419-23.
- May SB, Barroso PF, Nunes EP, Barcaui HS, Almeida MM, Costa MD, Faulhaber JC, Santoro-Lopes G, Schechter M. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy using non-brand name drugs in Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(4):551-5.
- McGowan CC, Cahn P, Gotuzzo E, Padgett D, Pape JW, Wolff M, Schechter M, Masys DR. Cohort Profile: Caribbean, Central and South America Network for HIV research (CCASAnet) collaboration within the International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS (IeDEA) programme. *Int J Epidemiol*. 2007;36(5):969-76.
- Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSB CM et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorio em HIV/AIDS no Brasil. *Rev Saúde Publica* 2006; 40:1-9.
- Miles K, Clutterbuck DJ, Seatio O, Sebege M, Riley A. Antiretroviral treatment roll-out in a resource-constrained setting: capitalizing on nursing resources in Botswana. *Bull World Health Organ*. 2007;85(7):555-60
- Miranda AE, Soares RA, Prado BC, Monteiro RB, Figueiredo NC. Mother to child transmission of HIV in Vitória, Brazil: factors associated with lack of HIV prevention. *AIDS Care*. 2005;17(6):721-8.

Miranda KC, Barroso MG. HIV/AIDS counseling: analysis based on Paulo Freire.

Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15(1):100-5.

Montijo JL, Gottsbacher M. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA en México y Centroamérica. Estudios e Informes – Serie Especial, No. 21. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO, Guatemala. 2004

Muniz JN, Ruffino-Netto A, Villa TC, Yamamura M, Arcencio R, Cardozo-Gonzales RI. Epidemiological aspects of human immunodeficiency virus/tuberculosis co-infection in Ribeirão Preto, Brazil from 1998 to 2003. J Bras Pneumol. 2006;32(6):529-34.

Mussi AD, Pereira RA, Silva Vde A, Martins RM, Souto FJ. Epidemiological aspects of hepatitis C virus infection among HIV-infected individuals in Mato Grosso State, Central Brazil. Acta Trop. 2007;104(2-3):116-21.

Nishimoto TM, Eluf Neto J, Rozman MA.. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus (HIV-I): evaluation of control measures in the city of Santos. Rev Assoc Med Bras. 2005;51(1):54-60.

Nunn AS, Fonseca EM, Bastos FI, Gruskin S, Salomon JA. Evolution of Antiretroviral Drug Costs in Brazil in the Context of Free and Universal Access to AIDS Treatment. PLoS Med. 2007;4(11):e305

Oliveira MTC, Barreira D, Santos LCO, Latorre MRDO. A subnotificação de casos de AIDS em municípios brasileiros selecionados: uma aplicação do método de captura-recaptura. Boletim Epidemiológico AIDS; 2004(1): 5-9.

Oliveira RM. Gender, human rights and socioeconomic impact of AIDS in Brazil. Rev Saude Publica. 2006;40 Suppl:80-7.

Oliveira SM, Inocêncio LA, Chequer P. The Brazilian experience in implanting the National HIV Genotyping Network. XVI International Aids Conference. Toronto, 13-18 aug 2006.

ONUSIDA. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el HIV/ SIDA: Directrices para el desarrollo de indicadores básicos: informe 2008. Ginebra, 2007.

ONUSIDA. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS : guidelines on construction of core indicators. Geneva;2005.

Orione MA, Assis SB, Souto FJ. Epidemiologic profile of puerperals and prevalence of antibodies for HIV and hepatitis C virus infection in Cuiabá, Mato Grosso. Rev Soc Bras Med Trop. 2006;39(2):163-8.

Paiva V, Calazans G, Venturi G e Dias R. Início da vida sexual entre adolescentes brasileiro em 2005. Revista de Saúde Pública vol 42 Suplemento 1 . No prelo, 2008.

Parekh BS, McDougal JS. Application of laboratory methods for estimation of HIV-1 incidence. Indian J Med Res. 2005;121(4):510-8.

Pechansky F, von Diemen L, Kessler F, De Boni R, Surrat H, Inciardi J. Predictors of HIV seropositive status in non-IV drug users at testing and counseling centers in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):266-74.

Pechansky F, Woody G, Inciardi J, Surratt H, Kessler F, Von Diemen L, Bumaguin DB. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug Alcohol Depend*. 2006;82 Suppl 1:S109-13.

Pereira GA, Stefani MM, Martelli CM, Turchi MD, Siqueira EM, Carneiro MA, Martins RM. Human immunodeficiency virus type 1 and hepatitis C virus co-infection and viral subtypes at an HIV testing center in Brazil. *J Med Virol*. 2006;78(6):719-23

Pinto ME, Struchiner C J. HIV-1 diversity: a tool for studying the pandemic. *Cad. Saúde Pública*. [serial on the Internet]. 2006 Mar [cited 2007 Mar 20]; 22(3): 473-484. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300002&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2006000300002.

Pinto VM, Tancredi MV, Tancredi Neto A, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*. 2005;19 Suppl 4:S64-9.

Porto MP. Fighting AIDS among adolescent women: effects of a public communication campaign in Brazil. *J Health Commun*. 2007;12(2):121-32

Porto MP. The fight against AIDS among adolescent girls: the impact of the 2003 Carnival campaign by the Brazilian Ministry of Health. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1234-43.

Posada-Vergara MP, Montanheiro P, Fukumori LM, Bonasser F, Duarte AJ, Penalva de Oliveira AC, Casseb J. Clinical and epidemiological aspects of HTLV-II infection in São Paulo, Brazil: presence of tropical spastic paraparesis/HTLV-associated myelopathy (TSP/HAM) simile diagnosis in HIV-1-co-infected subjects. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2006;48(4):207-10.

Praça N de S, Barrancos JT. HIV screening and counseling in antenatal care: perception of postpartum women. *Rev Gaucha Enferm*. 2007;28(1):106-16.

Prospective study on the prevention of vertical transmission of HIV in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil, from 1996 to 2001. *Braz J Infect Dis*. 2005;9(1):20-7.

Ramjee G, Govinden R, Morar NS, Mbewu A. South Africa's experience of the closure of the cellulose sulphate microbicide trial. *PLoS Med*. 2007;4(7):e235.

Read JS, Cahn P, Losso M, Pinto J, Joao E, Duarte G, Cardoso E, Freimanis-Hance L, Stoszek SK; NISDI Perinatal Study Group. Management of human immunodeficiency virus-infected pregnant women at Latin American and Caribbean sites. *Obstet Gynecol*. 2007;109(6):1358-67

Ronald H. Can we predict out-of-pocket expenditures on HIV/AIDS on the basis of macro indicators? Evidence from the Latin American and Caribbean

Region UNFPA/UNAIDS/NIDI. Resource Flows Project . The Netherlands. February 2007

Rosa, P. (2001). Análise Não-Paramétrica de Dados Ordiniais com Medidas Repetidas. Dissertação de Mestrado, IME-USP.

Rudy AT, Mahoney-Anderson PJ, Loughlin AM, et al. Perceptions of human immunodeficiency virus (HIV) testing services among HIV-positive persons not in medical care. *Sexual Transmitted Diseases* 2005; 32(4): 207-213.

Sá Filho DJ, Sucupira MC, Caseiro MM, Sabino EC, Diaz RS, Janini LM. Identification of two HIV type 1 circulating recombinant forms in Brazil. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2006;22(1):1-13.

Sadala ML, Marques Sde A. Twenty years of care for persons living with HIV/AIDS in Brazil: the health professionals' perspective. *Cad Saude Publica*. 2006;22(11):2369-78.

Sá-Ferreira JA, Brindeiro PA, Chequer-Fernandez S, Tanuri A, Morgado MG. Human immunodeficiency virus-1 subtypes and antiretroviral drug resistance profiles among drug-naïve Brazilian blood donors. *Transfusion*. 2007;47(1):97-102

Santo AH. Deaths attributed to multiple causes and involving tuberculosis in the state of Rio de Janeiro Brazil between 1999 and 2001. *J Bras Pneumol*. 2006;32(6):544-52.

Santoro-Lopes G, Harrison LH, Moulton LH, Lima LA, de Pinho AM, Hofer C, Schechter M. Gender and survival after AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1998;19(4):403-7.

Santos FC, de Oliveira SA, Setúbal S, Camacho LA, Faillace T, Leite JP, Velarde LG; HSV International Seroeprevalence Study Group. Seroepidemiological study of herpes simplex virus type 2 in patients with the acquired immunodeficiency syndrome in the city of Niterói, Rio de Janeiro, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2006;101(3):315-9.

Santos, AF; Sousa, TM; Soares, Es AJM; Sanabani, S; Martinez, AMB; Sprinz, E; Silveira, J; Sabino, EC; Tanuri, A; Soares, MA. Characterization of a new circulating recombinant form comprising HIV-1 subtypes C and B in southern Brazil. *AIDS*. 20(16):2011-2019, October 24, 2006.

Segurado AC, Miranda SD, Latorre MRDO, Ayres JRCM, Marques HS, Buchalla C et al. Evaluation of the care of women living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Aids Patient Care STDS*. 2003;17 (2):85-93.

Silveira JM, Sassi RA, de Oliveira Netto IC, Hetzel JL. Prevalence of and factors related to tuberculosis in seropositive human immunodeficiency virus patients at a reference center for treatment of human immunodeficiency virus in the southern region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *J Bras Pneumol*. 2006;32(1):48-55.

Soares EA, Martínez AM, Souza TM, Santos AF, Da Hora V, Silveira J, Bastos FI, Tanuri A, Soares MA. HIV-1 subtype C dissemination in southern Brazil. *AIDS*. 2005;19 Suppl 4:S81-6.

- Souza PR, Arraes LC, de Lima Filho JL, Brunaska D, Milanese M, Crovella S. CCR5 promoter polymorphisms and HIV-1 perinatal transmission in Brazilian children. *J Reprod Immunol.* 2006 Feb;69(1):77-84.
- Stefani MM, Pereira GA, Lins JA, Alcantara KC, Silveira AA, Viegas AA, Maya NC, Mussi AH. Molecular screening shows extensive HIV-1 genetic diversity in Central West Brazil. *J Clin Virol.* 2007;39(3):205-9.
- Succi RCM, Grupo de Estudos da Sociedade Brasileira de Pediatria para Avaliar a Transmissão Materno Infantil do HIV. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. *Cad. Saúde Pública*, 23(Sup.3):S379-S389; 2007.
- Sucupira MC, Caseiro MM, Alves K, Tescarollo G, Janini LM, Sabino EC, Castelo A, Page-Shafer K, Diaz RS. High levels of primary antiretroviral resistance genotypic mutations and B/F recombinants in Santos, Brazil. *AIDS Patient Care STDS.* 2007;21(2):116-28.
- Sutmoller F, Penna TL, Souza CTV, Lambert J. Human immunodeficiency virus incidence and risk behavior in the 'Projeto Rio': results of the first 5 years of the Rio de Janeiro open cohort of homosexual and bisexual men, 1994-98. *International Journal of Infections Diseases.* 2002; 6(4):259-265.
- Sweat M, O'Reilly K, Kennedy C, Medley A. Psychosocial support for HIV-infected populations in developing countries: a key yet understudied component of positive prevention. *AIDS.* 2007;21(8):1070-1.
- Szwarcwald CL; Bastos FI; Gravato N; Lacerda R; Chequer PN; Castilho EA. The relationship of illicit drug use to use to hiv infection among commercial sex workers in the city of Santos, São Paulo, Brazil . *The International Journal Of Drug Police* 9,(1998)- 427-436.
- Szwarcwald CL. Estimativa da proporção de infectados pelo HIV para homens de 18 a 59 anos segundo a orientação sexual. Brasil, 1998 . Relatório Técnico. Brasília: Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids; agosto de 2000.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, A Carla L. Tavares de. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (Sup.1) 7-19, 2000. [periódico na Internet]. [citado 2007 Fev 22]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000700002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700002&lng=pt&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2000000700002.
- Szwarcwald CL, Carvalho MF. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. *Boletim Epidemiológico DST/AIDS.* Ano XIV nº. 01. Brasília: 2001.
- Szwarcwald CL, Barbosa-Júnior A, Pascom AR, de Souza-Júnior PR. Knowledge, practices and behaviours related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15-54 years age group, 2004. *AIDS.* 2005; 19 Suppl 4:S51-8.
- Szwarcwald CL et al. Temporal Trends of HIV-related Risk Behavior among Brazilian Military Conscripts, 1997-2002. *Clinics* 2005;60(5):367-74.

Szwarcwald CL. Estimativa de prevalência de HIV na população brasileira de 15-49 anos, 2004. Boletim Epidemiológico-AIDS e DST- ano III-Nº1- 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2006.

Szwarcwald CL, et al “Teste anti-HIV na gestação: estimativa da cobertura e taxa de prevalência mediante dados secundários, no Brasil, 2006”. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. No prelo 2008.

Teixeira PR, et al. The brasilian experience in provinding universal access to antiretroviral therapy. In: Moatti J, et al (ed). Economics of aids and access to hiv/aids care in developing coutries. Issues and challenges. Paris: ANRS, 2003.

Telles Dias PR, Souto K, Page-Shafer K. Long-term female condom use among vulnerable populations in Brazil. AIDS Behav. 2006;10(4 Suppl):S67-75

Tuboi SH, Brinkhof MW, Egger M, Stone RA, Braitstein P, Nash D, Sprinz E, Dabis F, Harrison LH, Schechter M. Discordant responses to potent antiretroviral treatment in previously naive HIV-1-infected adults initiating treatment in resource-constrained countries: the antiretroviral therapy in low-income countries (ART-LINC) collaboration. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007;45(1):52-9

UNAIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/Aids: guidelines on construction for core indicators: 2008 reporting. Geneva; 2007.

UNAIDS/WHO. Brazil. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections; 2002 Update.

United Nations, General Assembly. Declaration of commintment on HIV/ Aids. New York; 2001. Disponível em [http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaracion\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaracion_en.pdf) [acesso em 28 mar 2006] Valdiserri RO, Holtgrave DR, West GR. Promoting early HIV diagnosis and entry into care. AIDS 1999; 13(17): 2317-30.

Wainberg ML, Alfredo González M, McKinnon K, Elkington KS, Pinto D, Gruber Mann C, Mattos PE. Targeted ethnography as a critical step to inform cultural adaptations of HIV prevention interventions for adults with severe mental illness. Soc Sci Med. 2007;65(2):296-308.

Waldvogel BC. Pesquisa pioneira recupera casos de Aids no Estado de São Paulo: integração das bases do Sinan-Aids e da Fundação Seade. Rev. Bras. Estud. Popul 2006; 23(1) 187-190.

Wood E, Hoog RS, Yip B, et al. Is there a baseline CD4 cell count that precludes a survival response to modern antiretroviral therapy? AIDS 2003; 17(5): 711-20.

World Health Organization . UNAIDS . Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The impact of Voluntary Counseling and Testing: a global review of the benefits and challenges. [on line]. Geneva; 2001. Available from:<URL [http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc580-vct\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc580-vct_en.pdf)> [2007 aug 15]

World Health Organization. Rannan-Eliya Ravi P. National Health Accounts Estimation Methods: Household Out-of-pocket Spending in Private Expenditure. Geneva, Switzerland, 2005.

World Health Organization. UNAIDS . Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNICEF - United Nations Children's Fund. Towards universal access scaling up priority HIV/aids interventions in the health sector. Geneva; 2007.

World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report. 2007. Geneva, 2007(WHO/HTM/TB/2007.376)

Zoccratto KB, Caiaffa WT, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Mingoti SA, Ribeiro GJ; Projeto AjUDE-Brasil I. HCV and HIV infection and co-infection: injecting drug use and sexual behavior, AjUDE-Brasil I Project. Cad Saude Publica. 2006;22(4):839-48.

