

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS**

**Plano Estratégico
Programa Nacional de DST e Aids
2005**

Brasília – DF, março 2005

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
MARCO REFERENCIAL – ESTRATÉGIA DE GOVERNO.....	4
OBJETIVOS GERAIS	5
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA.....	7
PLANO DE AÇÕES E METAS (PAM)	18
PREVENÇÃO.....	20
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL.....	32
ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO.....	41
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST).....	50
ARTICULAÇÃO COM A SOCIEDADE CIVIL.....	61
PESQUISA E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO.....	67
GESTÃO DO PROGRAMA.....	75
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	82
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	89
CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	96
COMUNICAÇÃO EM DST/HIV/AIDS.....	102
COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM DST/HIV/AIDS.....	104

Apresentação

O Programa Nacional de DST e Aids aprimorou o seu processo de gestão e sua implementação ao implantar um instrumento de programação anual que contém os diferentes níveis da matriz lógica de programação, e indica as metas previstas pelo Programa para execução e alcance em 2005. As metas incluem, na sua execução, linhas estratégicas de parceria: (a) Política do incentivo com governos estaduais e prefeituras municipais, executada por suas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que promovem a implementação descentralizada das ações e metas em DST e HIV/aids; (b) projetos com OSC/ONG, organizações comunitárias, setor privado e outras formas organizativas da sociedade civil, e (c) cooperação técnica com organismos internacionais.

A estrutura de programação do Plano Estratégico - 2005 foi delineada para tornar mais eficiente a sistemática de gestão. É um documento dinâmico e operacional. Torna possível, também, a retroalimentação, possíveis redirecionamentos e correções necessárias, em cada momento do processo de implementação.

As metas do Plano - 2005 orientam e corroboram o que foi proposto pelos Planos de Ações e Metas dos estados e municípios para 2005, visando à prevenção e o controle das DST e do HIV/aids, no âmbito de cada esfera de governo e nos seus respectivos territórios, de forma integrada e compartilhada entre os diversos atores que participam na luta contra a epidemia do HIV/aids e de outras DST.

Apresenta-se, assim, de forma sintética e objetiva, o Plano Estratégico - 2005, abrangendo o contexto atual da epidemia e as metas propostas. Visando a manter a transparência de nossa gestão e a clareza de nossas intenções, este documento será disponibilizado em nossa homepage na INTERNET, www.aids.gov.br, para que todos possam conhecer as metas propostas e acompanhar a sua implementação.

Pedro Chequer

Diretor do Programa Nacional de DST e Aids

MARCO REFERENCIAL

Estratégia de Governo em DST/HIV/Aids

Um aspecto central da política de saúde do Governo Brasileiro, desde a metade da década de 1980, é o combate ao HIV/aids e a outras DST. O atual governo, também, coloca o combate à epidemia como um componente importante do seu plano de saúde. Tendo tomado posse em janeiro 2003, o governo vem dando muita ênfase na garantia de custos menores e da auto-suficiência em relação aos anti-retrovirais e a outros medicamentos e insumos necessários.

As políticas de descentralização e de organização e financiamento do setor saúde, introduzidas pelas administrações anteriores, têm sido apoiadas. O processo de descentralização foi fortalecido com a participação da sociedade civil, visando a assegurar a sua responsabilização, respeitando as pactuações e a gestão das três esferas de governo como prevê o SUS.

O Programa apóia a busca do governo por uma ação governamental mais sustentável, melhorando a efetividade das intervenções, fornecendo instrumentos necessários para transformar decisões gerenciais em resultados, facilitando o processo de descentralização de atividades e financiamento do programa, e explorando tecnologias alternativas para reduzir custos e melhorar a efetividade.

Para conseguir isso, incentiva o desenvolvimento e transferência de tecnologia, de investimentos em pesquisa, visando ao desenvolvimento de novas tecnologias, que serão incorporadas ao combate à epidemia. Um aspecto central da estratégia do governo é a necessidade de garantir a disponibilidade de medicamentos e de outros insumos médicos a preços acessíveis, em face da dependência exclusiva do mercado brasileiro aos fornecedores internacionais de matérias-primas e de alguns bens necessários.

Convém ressaltar, também, que a oferta de financiamento para projetos está mudando com a política de descentralização. Cada vez mais será necessário que o Programa Nacional assuma o papel de regulação, monitoramento e avaliação dos processos relacionados à gestão de projetos em parceria com Estados e Municípios. No nível central, a prioridade para o financiamento de projetos deverá estar orientada para questões estratégicas e de interesse do gestor federal para fortalecimento de políticas públicas específicas, seja mediante indução de demanda espontânea, por edital de seleção, ou pelo apoio direto, articulando redes e setores relevantes para a resposta nacional de controle da epidemia.

A integração com outras áreas da saúde, destacando-se os Programas de Saúde da Família, de Atenção Básica, de Saúde da Mulher, Saúde Mental, Hepatites e o de Controle da Tuberculose, propicia uma redução de custos e de pessoal e uma maior cobertura e acesso. A abordagem sustentável deve estar baseada na visão multissetorial e sinérgica que enfatiza a ação com outras áreas do setor público e privado.

Objetivos do Programa

gerais

1. Fortalecer a efetividade e eficiência do Programa Brasileiro de DST e HIV/Aids e garantir sua sustentabilidade a médio e longo prazos;
2. Reduzir a incidência de DST e HIV
3. Melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão vivendo com HIV/aids.

específicos

1. Expandir a qualidade e acesso às ações de atenção e prevenção;

2. Reduzir a discriminação e o preconceito, e fortalecer os direitos humanos relacionados à epidemia de HIV/aids e outras DST;
3. Aumentar a efetividade das ações por meio do desenvolvimento e incorporação de tecnologias estratégicas;
4. Descentralizar o financiamento e a gestão aos estados e municípios;
5. Promover processos de gestão com base em desempenho e resultados.

Principais linhas de ação do Programa

- (a) expansão da cobertura e qualidade das intervenções;
- (b) descentralização do financiamento e gerência das atividades do Programa Nacional de DST e Aids para estados e municípios, dentro da atual política do incentivo;
- (c) fortalecimento e melhor direcionamento da gestão do Programa com a criação de uma efetiva capacidade de monitoramento e avaliação (M&A) e com a utilização de instrumentos gerenciais baseados no desempenho, enfocando intervenções de melhor custo-efetividade;
- (d) introdução de inovação tecnológica e melhoria da tecnologia existente na área de tratamento e prevenção; e
- (e) garantia dos direitos humanos, e redução da discriminação e do estigma associados ao HIV/aids.

O Programa Nacional de DST e Aids indica as seguintes macroestratégias que necessitam ser executadas para um melhor combate à epidemia:

- ampliação, intensificação e interiorização das ações do programa, para responder às mudanças no perfil da epidemia;

- produção de uma resposta, por parte das instituições envolvidas, governamentais e não-governamentais, que seja adequada às necessidades e, ao mesmo tempo, resolutiva das iniquidades regionais;
- fortalecimento do gerenciamento do programa, com prioridade para o aprimoramento de sistemas de monitoramento e avaliação e de supervisão;
- introdução de inovações tecnológicas que ampliem a efetividade e reduzam os custos das ações;
- implementação de políticas públicas que contribuam e fortaleçam ações programáticas de cuidados à saúde e manutenção de mudanças comportamentais por parte das populações de risco acrescido, em especial aquelas excluídas ou em processo de exclusão social;
- garantia de universalidade na atenção à saúde, em especial para grupos de maior vulnerabilidade;
- garantia dos direitos humanos e a redução da discriminação e do estigma associados ao HIV/aids.

Análise da situação epidemiológica do HIV/aids e de outras DST

Em 2004, estimou-se que 600 mil indivíduos de 15 a 49 anos estariam vivendo com HIV/aids no Brasil, correspondendo a uma prevalência de 0,61% (IC 95%: 0,441% - 0,775%), com tendência estável quando comparada ao estudo, usando a mesma metodologia realizada no ano de 2000. Esta prevalência foi de 0,42% em mulheres e 0,80% em homens, com estimativa média de 208.898 mulheres e 384.889 homens vivendo com HIV/aids no país. Utilizando a prevalência do HIV em estudo realizado em cerca de 30 mil jovens masculinos de 17 a 21 anos, conscritos do Exército brasileiro, em 2002, como indicadora da incidência neste grupo, observou-se incidências de 0,044% na região Norte, 0,099% na região Nordeste, 0,059% na região Sudeste, 0,161% na região Sul e 0,095% na região Centro-Oeste, com média nacional de 0,088%.

Quando analisada por subgrupo populacional, as maiores incidências foram observadas entre homens que fazem sexo com outros homens (0,579%), entre os que apresentam elevado índice de comportamento sexual de risco (0,166%), entre os que têm ensino fundamental incompleto (0,148%), comparados com 0,063% com ensino fundamental completo e entre aqueles que não fazem uso regular de preservativos (0,146).

Até junho de 2004, foram registrados 362.364 casos de aids, sendo 69% ocorridos em homens. A taxa de incidência em 2003 foi de 18,4 casos por 100 mil habitantes, próxima à taxa de 19,5 casos por 100 mil, observada em 1999. Entre os homens, observa-se uma tendência à estabilização em patamares elevados, variando de 26 casos por 100 mil, em 1998, a 22 casos por 100 mil homens em 2003. Entre as mulheres, a tendência tem sido crescente, com a maior taxa observada em 2003, de 14 casos por 100 mil mulheres.

Tendências da epidemia do HIV/aids

Queda da epidemia na região Sudeste

A região Sudeste foi a mais atingida pela epidemia de aids, tendo alcançado uma incidência de 29,4 casos por 100 mil habitantes em 1998. Desde então, vem-se observando uma redução gradativa das taxas de incidência. Analisando os casos por categoria de exposição, observa-se, entre os homens, estabilização na categoria HSH após meados da década de 90 em cerca de 27%; redução importante dos casos em razão do uso de drogas injetáveis que, no início da presente década, representa menos de 20% dos casos; aumento proporcional de casos por causa da transmissão heterossexual que, em 2000, já representava mais de 30% dos casos do sexo masculino.

As demais regiões do país vêm mantendo tendência crescente nas taxas de incidência, principalmente a região Sul que, já em 2000, ultrapassavam as taxas observadas na região Sudeste. Chama a atenção, na descrição da epidemia na região Sul, a manutenção de proporções elevadas de casos masculinos por causa do uso de drogas injetáveis, de mais de 25% em 2000, além de aumento proporcional importante de casos ocasionados pela transmissão heterossexual, tanto em homens como em mulheres.

Estabilização dos casos entre homens que fazem sexo com outros homens e crescimento de casos em razão da transmissão heterossexual

Entre os casos de aids masculinos, a população de homens que fazem sexo com outros homens foi a mais atingida no início da epidemia, chegando a representar mais de 50% dos casos. A partir do início da década de 90, observou-se uma estabilização dos casos nesta categoria, embora em patamares elevados, representando, proporcionalmente, cerca de 27% dos casos, mas com taxas de incidência acima de 300 casos por 100 mil HSH, de 15 a 49 anos de idade.

Em contrapartida, observou-se o crescimento progressivo dos casos na transmissão heterossexual que, desde final da década de 90, vêm superando, proporcionalmente, os casos na exposição homo/bissexual e usuários de drogas injetáveis, chegando, em 2003, a representar 41% do total de casos registrados em homens ou 61% dos casos na transmissão sexual.

Aumento de incidência em mulheres

Uma conseqüência do aumento dos casos de aids masculinos em razão da transmissão heterossexual é o aumento dos casos em mulheres. Desde o início da epidemia, a transmissão sexual vem representando mais de 75% dos casos de aids em mulheres, chegando, em 2004, a 95%, com redução importante dos casos relacionados ao uso de drogas injetáveis. Entre os casos em mulheres, 60% disseram ter tido parceiros UDI, ou parceiros com múltiplas parcerias ou mesmo parceiros infectados pelo HIV.

A razão de casos entre homens e mulheres variou de 6,5 casos, em média, no período de 1980-1990, para menos de 2 casos masculinos para cada caso feminino desde 1999. Quando se analisa as taxas de incidência na população heterossexual, observa-se que, desde o início da década de 90, as taxas em mulheres heterossexuais já ultrapassavam as observadas para os homens com esta mesma exposição e com crescimento bem mais acentuado desde então, chegando a 17,6 casos por 100 mil mulheres heterossexuais em 1998, comparado a 12,5 casos por 100 mil homens heterossexuais. Observa-se, também, nesta categoria de exposição, a inversão da razão de sexo, chegando a 14 casos femininos para cada 10 masculinos desde meados da década de 90.

Na faixa etária de 13 a 19 anos, observa-se, também, uma ligeira inversão da razão entre os sexos, que, a partir de 1998, passa a ser de menos de um caso masculino para cada feminino, principalmente graças à grande redução dos casos por transfusão de sangue (incluindo em hemofílicos) e uso de drogas injetáveis.

Pauperização

Analisando-se a escolaridade como variável indicadora da condição socioeconômica dos casos de aids, observa-se que a epidemia de aids no Brasil iniciou-se na população de maior condição socioeconômica, em indivíduos com mais de 8 anos de escolaridade. Entre os homens, já no início da década de 90, observou-se redução nas taxas de incidência para aqueles com maior grau de escolaridade e crescimento importante entre aqueles com menos de 8 anos de estudo.

A categoria de exposição HSH é a que mantém maiores proporções de casos com maior escolaridade, chegando, em 2000, com cerca de 50% dos casos com mais de 8 anos de escolaridade; a categoria UDI é a que apresenta as menores proporções de casos com escolaridade elevada, menos de 20%, ao longo de todo o período; e as maiores variações são observadas na categoria heterossexual que, já início da década de 90, mais de 60% dos casos ocorriam em homens com menos de 8 anos de estudo. Entre as mulheres, a epidemia vem crescendo independente da condição

socioeconômica dos casos, mas com maior intensidade entre aquelas com menos de 8 anos de estudo, desde meados da década de 80.

Interiorização

O monitoramento da epidemia mostra ainda tendência de interiorização. Na década de 80, a epidemia era restrita aos centros metropolitanos. Na presente década, 70% dos municípios brasileiros já tiveram pelo menos um caso de aids registrado. Nos grandes centros urbanos, mais precocemente atingidos pela epidemia, observa-se desaceleração do crescimento, enquanto nos municípios menores, com menos de 200 mil habitantes, observa-se maior velocidade de crescimento, evidenciando que nesses municípios a epidemia ainda está em fase de expansão.

Redução importante da mortalidade e aumento da sobrevida

Cerca de 160 mil óbitos por aids já foram registrados até 2003. A tendência da mortalidade acompanhava a tendência da incidência, com grande crescimento até 1995, quando observou-se taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes. De 1996 a 1999, observa-se grande declínio nas taxas de mortalidade, seguida de estabilização em 6,4 óbitos por 100 mil. Entretanto, esta estabilização tem sido observada apenas nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, com crescimento nas demais regiões, principalmente na região Sul.

A sobrevida dos pacientes com aids que, em 1995, era de 18 meses após o diagnóstico, aumentou para 56 meses, em adulto, e para 67 meses em menores de 13 anos, com a introdução da terapia anti-retroviral e sua distribuição gratuita para toda a rede do SUS partir de 1996.

Diminuição dos casos de transmissão vertical

Já foram registrados mais de 9 mil casos de aids em crianças por causa da transmissão vertical do HIV. O número de casos aumentou até meados da década de 90, com importante redução após a instituição de protocolos para diagnóstico e

tratamento das gestantes soropositivas para o HIV, que reduziram as taxas de transmissão vertical para 7%. Entretanto, estudos têm apontado que as taxas de transmissão vertical do HIV permanecem ainda maiores nas regiões Norte (15%) e Nordeste (11%).

Apesar de mais de 95% das gestantes terem tido pelo menos uma consulta de pré-natal, em 2002, somente para 65% foi solicitado o teste anti-HIV e apenas 52% conheceram o resultado antes do parto (subindo para 57% em 2003). Também observa-se diferenças regionais: somente 44% das gestantes testadas e apenas 24% destas conheceram o resultado antes do parto, nas regiões Norte e Nordeste, em 2002.

Diminuição dos casos por transfusão de sangue e hemoderivados:

Com a implantação das medidas de controle da qualidade do sangue e hemoderivados nos hemocentros do país, observou-se redução importante nos casos de transfusão, a partir da segunda metade da década de 90. Entretanto, estudos têm apontado que as populações com menor condição socioeconômica ainda apresentam proporções mais elevadas de casos relacionados à transfusão sanguínea, principalmente em mulheres.

Diminuição progressiva dos casos de UDI

A população de usuários de drogas injetáveis foi uma das mais atingidas pela epidemia de aids no Brasil, principalmente do final da década de 80 à metade da década de 90. Estimativas da incidência, pela população de 15 a 49 anos que usa atualmente ou já utilizou drogas injetáveis pelo menos uma vez na vida (1,4%), apontam taxas de mais de 800 casos por 100 mil UDI naquele período e grupo etário. A partir da segunda metade da década de 90, vem se observando redução consistente na proporção de casos por esta categoria de exposição, principalmente na Região

Sudeste. Já a Região Sul vem mantendo uma estabilização de casos de aids por UDI em proporções elevadas (cerca de 25%).

Análise da situação epidemiológica das DST

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou um total de 340 milhões de casos novos de DST curáveis no mundo, na faixa etária de 15 a 49 anos, ocorrendo quase 80% em países em desenvolvimento. Para o Brasil, foi estimado um total de 10 a 12 milhões de casos novos por ano. Estima-se que incontáveis casos de DST não-curáveis (virais) também ocorram anualmente, como, por exemplo, herpes genital (HSV-2), papilomavírus humano (HPV), hepatite B e HIV. As DST, no mundo, têm significativa implicação na economia, principalmente nos países em desenvolvimento onde respondem por 17% de perdas econômicas com o binômio saúde-doença.

Dentre mulheres com infecções não tratadas por gonorréia e/ou clamídia, 10 a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Mais de 25% se tornarão inférteis. Para efeito de comparação, observa-se que a taxa de infertilidade por causas não infecciosas é estimada em 3 a 7%. Dados de países desenvolvidos indicam que mulheres que tiveram DIP têm probabilidade 6 a 10 vezes maior de desenvolver gravidez ectópica. Lembrar que, nos países em desenvolvimento, a gravidez ectópica contribui com mais de 15% das mortes maternas.

Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados a DST não tratadas, em gestantes. Análise de estudos realizados em diversos países mostrou que pessoas com DST, mesmo as não ulcerativas, apresentavam um risco aumentado de se infectar pelo HIV de 3 a 10 vezes, dependendo do tipo e etiologia da DST.

No Brasil, as DST não são de notificação compulsória, à exceção de aids e sífilis congênita, porém, estimula-se sua informação à vigilância epidemiológica. A

subnotificação de casos é elevada, não se obtendo incidência ou prevalência das mesmas, e, com isso, dificultando a tomada de decisões para intervenções prioritárias e avaliação da efetividade das ações.

O diagnóstico e o tratamento precoce são os principais componentes dos programas de controle das DST. O método tradicional para o diagnóstico tem sido o de exames laboratoriais, evidenciando o agente etiológico. Esse é o método de escolha em muitas partes do mundo industrializado, mas, por serem caros os procedimentos, em termos de diagnóstico, infra-estrutura e manutenção, a maioria das unidades de saúde em países não industrializados não tem acesso às facilidades de laboratórios, acarretando atraso tanto no diagnóstico quanto no tratamento. Conseqüentemente, os profissionais de saúde necessitam enviar os pacientes para centros especializados, o que resulta em mais atrasos, ou tentar o diagnóstico clínico. Mesmo sabendo que este método pode não ser o ideal, reconhecemos que é o compatível com a realidade brasileira.

Entre jovens masculinos de 17 a 21 anos, conscritos do Exército brasileiro, em 2002, 15,8% relataram já ter tido algum problema relacionado a DST, como corrimento no canal da urina, bolhas ou feridas ou verrugas no pênis, sendo as taxas mais altas nas regiões Norte e Nordeste, variando de 23,3% na região Norte e 19,2% na região Nordeste a 9,5% na região Sul.

Na “Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade”, onze por cento relataram, em 2004, pelo menos um episódio de corrimento uretral na vida. Entre os homens que tiveram corrimento uretral e tiveram tratamento, 57,8% receberam tratamento em estabelecimento público de saúde, sendo que 46,2% desses homens adquiriram os medicamentos no próprio estabelecimento de saúde, enquanto 53% o adquiriram na farmácia. Entre os homens que tiveram o problema e não buscaram tratamento, 65,4% procuraram o atendente de uma farmácia, inicialmente.

A sífilis congênita é um claro evento sinalizador da qualidade da assistência à saúde. Apesar da elevada cobertura de pré-natal no país (acima de 85%), a qualidade da assistência à gestante está aquém das necessidades. A política de atenção às

mulheres no pré-natal inclui a realização de exames para sífilis, mas depara-se ora com a inobservância da realização na rotina, ora com o tratamento inadequado ao qual estas mulheres são submetidas, incluindo o não tratamento do parceiro. No Brasil, a incidência de sífilis na gestação é de 1,7%, representando cerca de 60.000 gestantes infectadas por ano. A sífilis congênita é agravo de notificação compulsória em todo território nacional, desde 1986. Estima-se que ocorram cerca de 18.000 novos casos da infecção congênita, porém, apenas 4.000 casos são notificados, ou seja, a sub-notificação representa 75%. As complicações advindas da infecção congênita podem ocasionar morte fetal ou neonatal (que podem ocorrer em até 40% dos casos), seqüelas como surdez, cegueira, retardo mental e deformidades físicas. Nos últimos dois anos, 8.251 recém-nascidos foram submetidos a tratamento hospitalar, resultando em gastos de R\$3.276.616,16, que poderiam ser revertidos em uma melhor assistência à gestante, prevenindo a ocorrência da doença congênita.

A sífilis congênita representa um grave problema de saúde pública, mas é um problema possível de ser evitado por meio de ações relativamente simples e de baixo custo que podem promover grande impacto epidemiológico. Dentre as estratégias para o seu controle, destaca-se o controle da sífilis adquirida na população em geral (em especial na população de gestantes), utilização de testes rápidos para diagnóstico da sífilis em locais sem acesso à rede laboratorial, desmistificação e ampliação do uso da penicilina benzatina na atenção básica à saúde e inclusão da sífilis na gestação como agravo de notificação compulsória.

Quase 70% das mulheres gestantes em 2003 sabiam que foi feito exame para sífilis – 69,2% (PMS). Entretanto, estimou-se, para 2000, uma prevalência de 1,7% de sífilis ativa em parturientes, representando uma estimativa de cerca de 50 mil casos de sífilis em parturientes e de 12.500 crianças nascidas com sífilis congênita (considerando 25% a taxa de transmissão vertical), no ano de 2004. De 1998 a 2004, 24.448 casos desse agravo foram notificados (embora a notificação seja compulsória no país), representando uma taxa média, no período, de 1,2 casos por 1000 nascidos vivos. Analisando apenas os casos notificados, chama a atenção os elevados percentuais de gestantes que tiveram acesso ao pré-natal (75%) e ao diagnóstico de sífilis (53%) e, mesmo assim, tiveram a sífilis transmitida a seus conceitos. Como falha na

abordagem deste agravo, apenas 18% das gestantes com sífilis tiveram seu parceiro também tratado.

A infecção pelo HPV é de transmissão freqüentemente sexual e extremamente comum. Com base em evidências, pode se dizer que mais de 50% dos adultos sexualmente ativos tenham sido infectados por um ou mais tipos de HPV, observando-se que cerca de 50% dessas infecções são transitórias, estimando-se que 30 a 50% dos casos regridem espontaneamente. A infecção pelo HPV se reveste de grande importância, pois alguns subtipos virais têm um papel importante no desenvolvimento do câncer e de suas lesões precursoras. No Brasil, as estimativas de incidência e mortalidade (2003) apontam o câncer de colo do útero como a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres e como a quarta causa de óbito por câncer na população feminina. A prevenção primária pode ser realizada com o uso de preservativos durante a relação sexual, uma vez que a prática de sexo seguro é uma das formas efetivas de se evitar o contágio com o HPV.

O câncer de colo uterino é uma condição definidora de aids desde 1993 (CDC). Apesar disso, não existe uma epidemia deste câncer em mulheres HIV infectadas. O que se observa é um aumento na prevalência das neoplasias precursoras (neoplasia intraepitelial cervical - NIC), que na população geral é da ordem de 20% e nessas mulheres é de 42%. Essas lesões tendem a ser maiores e multicêntricas, mais resistentes, recorrentes e de difícil tratamento. Com o aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/aids, mais casos de câncer de colo de útero podem surgir, se não se oferecer um programa de rastreio e controle adequados dessas lesões HPV induzidas na população em geral e nas portadoras do HIV.

Na “Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade”, 62,2% das mulheres relataram ter realizado exame ginecológico como preventivo há menos de três anos, com taxas menores nas regiões Norte e Nordeste.

A infecção causada pelo HPV representa um grave problema de saúde pública, porém existem ações de baixo custo que podem promover grande impacto epidemiológico.

Como as vacinas para o HPV estão ainda em fase de testes, uma estratégia para o aumento do diagnóstico é a articulação com o Programa de Saúde da Mulher e com o Departamento de Atenção Básica para elaboração de uma campanha nacional de combate ao câncer de colo uterino, visando ao aumento da cobertura de exames de colpocitologia oncótica (Papanicolaou) no país.

A doença inflamatória pélvica aguda (DIPA) é uma das graves conseqüências das infecções por gonococo e clamídia no aparelho genital feminino, levando à ocorrência de complicações como a infertilidade e dor pélvica crônica. O risco é maior em adolescentes e mulheres jovens, com múltiplos parceiros ou parceiro novo, parceiro com uretrite e usuárias de dispositivo intra-útero que apresentam tais infecções. No período de janeiro de 2003 até outubro de 2004, foram internadas 93.040 mulheres com DIPA em todo o Brasil, representando custo total de R\$25.462.880,53, considerando apenas o tratamento hospitalar³³. Caso o diagnóstico e o tratamento da síndrome de corrimento cervical tivessem sido realizados, o custo estimado seria de R\$198.175,20, economizando-se R\$25.264.705,33 de recursos públicos que poderiam ser investidos em ações de prevenção primária e secundária.

Atualmente, está sendo realizado um estudo nacional com base populacional, em seis cidades, coordenado pelo PN-DST/AIDS, para conhecer a prevalência das DST.

Dados preliminares:

- Gestantes – (95,4% do estudo concluído), idade média de 23,8 anos, com prevalências de sífilis: 1,9% (61/3194), HSV2: 22,7% (779/3433), hepatite C: 0,6% (5/866), hepatite B: 0,5% (11/2348), HIV: 0,5% (12/2467), gonorréia: 1,5% (43/2957), clamídia: 9,3% (275/2948), HPV de alto risco: 33,4% (1007/3017);
- Industriários – (78% do estudo concluído), com prevalência de sífilis: 2,2% (53/2381), HSV2: 12,5% (352/2814), hepatite C: 0,6% (2/318), hepatite B: 0,9% (13/1386), gonorréia: 0,9% (20/2309), clamídia: 3,5% (75/2250).
- Homens com DST – com prevalência de HIV: 1,5% (8/540), hepatite B: 3,4% (10/294). Sem sintomas associados, prevalência de sífilis: 4,2% (22/525), HSV2: 18,3% (34/188), gonorréia: 2,4% (7/297), clamídia: 4,5% (13/291), HPV de alto risco: 3,2% (12/374).

- Mulheres com DST – com prevalência de HIV: 0,9% (16/1700), hepatite B: 2,4% (32/1331). Sem sintomas associados, prevalência de sífilis: 3,6% (57/1587), HSV2: 39% (302/773), gonorréia: 0,4% (6/1440), clamídia: 2,2% (32/1440), HPV de alto risco: 36,2% (626/1727).

Comportamento sexual da população brasileira

Pesquisa realizada com a população brasileira, de 15 a 54 anos, em 2004, identificou que 90% da população é sexualmente ativa e 81% o foram no ano anterior à pesquisa. Quase 20% relataram mais de 10 parceiros na vida e 7% dos mais jovens (15-24 anos) mais de 5 parceiros eventuais no último ano, principalmente entre os homens. O uso do preservativo é mais freqüente entre os jovens, sobretudo com parceiros eventuais: 74% dos participantes de 15 a 24 anos relataram uso de preservativo na última relação sexual e 59% uso regular de preservativo com este tipo de parceria, sendo menor entre os indivíduos com menor condição socioeconômica. Quando analisado o uso do preservativo, a prevalência de problemas relacionados a DST foi 2,37 vezes maior entre aqueles que se referiram ao uso irregular do preservativo em todas as relações sexuais. A testagem do HIV no pré-natal foi maior entre as gestantes das classes socioeconômicas mais elevadas (39% realizaram teste de HIV, comparado com 25% entre as gestantes das classes mais baixas) e menor nas regiões Norte e Nordeste.

Entre jovens de 17 a 21 anos de idade, conscritos do Exército brasileiro em 2002, o comportamento sexual de risco foi maior nas regiões Norte e Nordeste e entre os jovens com menor nível socioeconômico, com mais de 10 parceiros sexuais na vida, quanto menor a idade de iniciação sexual, entre aqueles que se referem a relações sexuais com outros homens e que já experimentaram ou usaram atualmente drogas injetáveis. O uso regular de preservativos com qualquer tipo de parceria sexual foi maior entre aqueles jovens com maior escolaridade ou condição socioeconômica, com menor número de parceiros sexuais na vida, quanto maior a idade da iniciação sexual, sexo somente com mulheres e entre aqueles que nunca usaram drogas injetáveis.

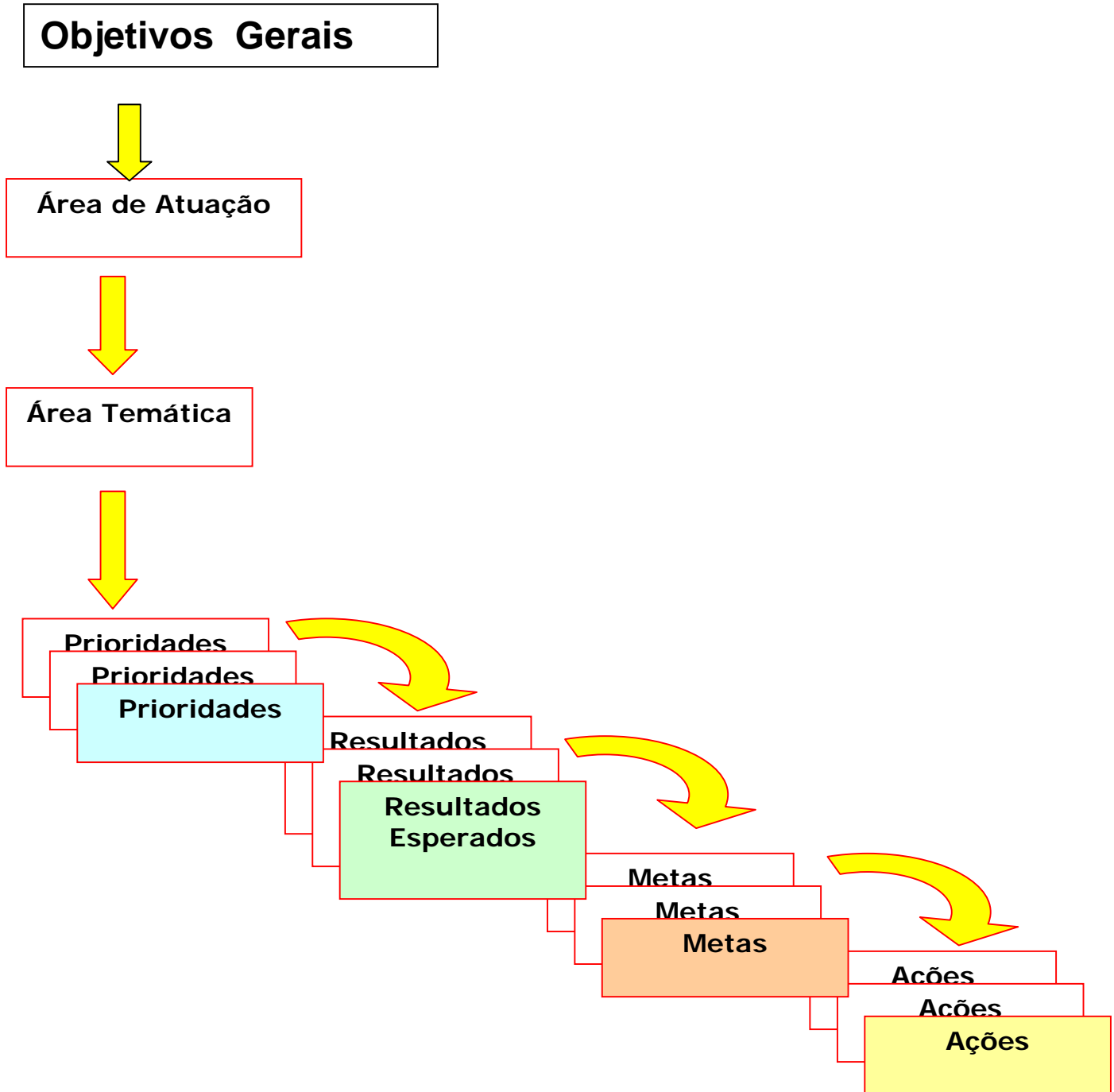
O PAM - Plano de Ações e Metas Anuais

O Plano de Ações e Metas (PAM) é o documento oficial de programação do PN. O PAM é elaborado anualmente, contendo a programação física e financeira, tendo como referência o diagnóstico e a linha de base da situação das DST e do HIV/aids, atualizada anualmente.

O direcionamento e a orientação principal do PAM são voltados para os objetivos gerais e específicos do Projeto, buscando-se, desta forma, organizar as ações tendentes a produzir os resultados e os impactos previstos, assim como as suas metas. A matriz lógica de programação do PAM também agrega e consolida as metas em áreas de atuação e áreas temáticas. As ações/atividades se utilizam dos insumos necessários para sua realização, e concorrem para a execução das metas, que promovem o alcance dos resultados e impactos. As metas previstas são, de modo geral, descritas dentro da sistemática “SMART”, como uma orientação geral e permitindo assim a possibilidade de seu monitoramento.

A matriz lógica de programação do PAM e os demais elementos de programação compõem o módulo de programação do SIAIDS – Sistema de Informações Gerenciais do Programa.

Matriz Lógica de Programação do PAM PN 2005



Plano de ações e metas em prevenção

Contexto para definição das metas em prevenção

O alcance da resposta brasileira no controle da epidemia do HIV/aids é inquestionável. A prevenção tem contribuído para a redução do número de aids e de novas infecções por meio do crescente aumento da adoção de práticas seguras e isto é confirmado por diferentes indicadores. Na metade da década dos 80, o uso do preservativo na última relação sexual entre jovens na faixa etária entre 15 e 24 anos ficava em torno de 6,5% (DHS – 1986). Hoje, o cenário é outro: 57,3% dos jovens na faixa entre 15 e 24 confirmam o uso do preservativo na última relação sexual (PCAP: 2004). Outro dado importante é que 74,1% destes jovens fazem uso do preservativo em relações eventuais. Estes dados demonstram a efetividade das ações de prevenção com a população jovem.

Em relação à população mais vulnerável a infecção pelo HIV, entre os quais usuários de drogas injetáveis, gays e homens que fazem sexo com outros homens (HSH), profissionais do sexo (mulheres e homens), a resposta também obteve ganhos significativos no controle da epidemia. A prevalência de infecção pelo HIV entre profissionais do sexo caiu de 18%, em 1996, no Estado de São Paulo, para 11%, em 2001. Para o Brasil a taxa de prevalência entre profissionais do sexo é de 6,5%. Índices inferiores ao do Canadá (15%) e o da Tailândia (19%). A prevalência de infecção entre homens homossexuais caiu de 10,8%, em 1999, para 4,7%, em 2001. Os usuários de drogas injetáveis representavam 25% dos casos de aids em 1995 e passaram a contribuir com 15% dos casos notificados em 2002. A prevalência hoje em UDI é de 36%, segundo os resultados do estudo nacional AJUDE Brasil II.

Não podemos deixar de mencionar avanços importantes em relação ao acesso da população ao teste anti-HIV, com uma cobertura de 28,1% da população sexualmente ativa. Em 2000, foram realizados cerca de três milhões de testes e, em 2003, foram realizados quatro milhões de testes no âmbito do SUS (DATASUS). Estima-se, no

entanto, que apenas uma em cada três pessoas infectadas conheça sua condição sorológica. O Programa de DST e Aids vem intensificando os esforços no sentido de aprimorar sua capacidade de resposta nesta área e encontra-se em curso o desenvolvimento de tecnologias apropriadas e sustentáveis na área de diagnóstico, que passarão a ser utilizadas nos serviços de saúde.

Uma das estratégias de ampliação de diagnóstico do HIV é a utilização do teste rápido na rede básica, para populações de difícil acesso e populações residentes em regiões remotas. A partir de novembro de 2004, ensaios com teste rápido foram implantados em 12 municípios do Amazonas, com previsão de ampliação para mais 48 municípios, no ano de 2005. Outros estados da região Norte se beneficiarão do teste rápido para diagnóstico do HIV, principalmente, os municípios de fronteira. O acesso da população ao teste anti-HIV é sem dúvida uma medida estratégica para o controle da epidemia.

Comparativamente, nesta área estamos muito aquém de países que se encontram no mesmo estágio de desenvolvimento, apesar de que, cada vez mais, aumentam o número de pessoas que procuram os serviços de saúde para realizarem o teste. O aumento da cobertura está condicionado à oferta, para a população, da tecnologia do teste rápido, a preços que sejam suportados pelo sistema de saúde. Nesse sentido, o Programa de DST e Aids vem apoiando de forma intensa o desenvolvimento tecnológico nacional que visa a suprir a demanda interna do país nesta área, ao mesmo tempo em que prepara os serviços de saúde para utilização desta tecnologia.

Por outro lado, são evidentes os problemas de cobertura e de qualidade da atenção às pessoas que vivem com HIV/aids nas regiões Norte e Nordeste, onde se constata elevadas taxas de mortalidade e dificuldades relacionadas ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Este cenário nos faz recuar no tempo. A imagem da epidemia nestas regiões se assemelha à primeira fase vivenciada na década de 80, com todas as suas mazelas: estigma, preconceito, falta de assistência, abandono e baixa mobilização social.

Para responder a esta situação, o Programa iniciou uma estratégia que visa a fortalecer a capacidade de resposta dos Estados e dos municípios, apoiando

iniciativas para qualificação das ações de prevenção e gestão do sistema de saúde. Essas iniciativas serão implementadas no decorrer de 2005 e têm como meta melhorar os indicadores em todas as áreas, em particular, em relação à transmissão vertical do HIV e da sífilis, e da transmissão sexual e por uso de drogas e aprimorar a intervenção com grupos populacionais específicos.

A tendência de estabilização da epidemia só foi possível graças à estratégia de integrar prevenção e assistência, contar com a participação direta da sociedade civil e do setor privado, em particular, das organizações de pessoas que vivem com HIV/aids. Esta combinação de interesse público, movimentos sociais e intervenção precoce resultaram em ganhos significativos em todos os níveis.

Esta vantagem comparativa, no entanto requer ainda aprimoramento e qualificação para que os coordenadores de programas possam responder às novas tendências da epidemia e assegurar sustentabilidade das ações para as populações mais vulneráveis. Alguns desafios ainda estão para ser equacionados à luz do desenvolvimento do campo de práticas da prevenção, entre os quais se destacam:

- *Preparação dos coordenadores locais para qualificação das ações de prevenção, a partir de enfoque que valorize uma abordagem preditiva e estratégica das tendências atuais em relação ao processo de tomada de decisões;*
- *Definir estratégias de prevenção para abordagem das DST no espaço de atuação da atenção básica e promover parcerias que garantam a ampliação destas ações para outros segmentos mais vulneráveis, mediante articulação com organizações da sociedade civil e setor privado;*
- *Assegurar a ampliação do acesso da população ao teste anti-HIV e garantir ações voltadas para o controle da transmissão vertical, a partir das ações articuladas com a atenção básica;*

- *Prevenção positiva dirigida às demandas das PVHA, a partir de um enfoque que valorize a participação direta destas pessoas na elaboração das políticas públicas de DST/aids.*

Para a elaboração de respostas eficazes e sustentáveis de promoção e prevenção, e interfaces necessárias e programáveis que possam ser formadas entre as instâncias governamentais gestoras e prestadoras de serviços de saúde, devemos considerar a relação entre o Sistema Único de Saúde - SUS e a Sociedade Civil para:

- a) A formulação de políticas públicas de promoção e prevenção às DST/HIV/aids para população em geral e segmentos populacionais específicos e mais vulneráveis, que efetivamente apostem na integralidade das ações sem dissociar a prevenção da assistência;
- b) A identificação dos atores que devam assumir um papel protagonista, visando a enfrentar a epidemia em uma perspectiva intersetorial;
- c) Implantação de sistema de monitoramento do desenvolvimento descentralizado das ações de promoção e prevenção em DST/HIV/aids junto aos gestores locais e junto às organizações da sociedade civil, inclusive para a aquisição, distribuição e logística de insumos estratégicos para prevenção.
- d) Implantação de mecanismos para garantir a continuidade de investimentos na saúde pública e o controle social desses investimentos (pactuação entre os níveis federal, estadual e municipal, incentivos e repasses fundo a fundo, parcerias com o setor privado, etc.).

Projetos especiais em prevenção para 2005

- *Reduzindo as iniquidades relativas à raça e etnia*
- *Reduzindo as desigualdades regionais*

- *Promovendo qualidade de vida as pessoas que vivem com HIV/aids – Programa Prevenção Positiva*
- *Projeto escola*
- *Projeto Índígena*
- *Prevenção com população de rua*
- *Prevenção direcionada a usuários de drogas-redução de danos*

Para cada Programa foi elaborado um documento de referência específico, que pode ser consultado separadamente.

Organização e estrutura da prevenção

A prevenção às DST/aids esteve durante muitos anos voltada para o desenvolvimento de abordagens e metodologias dirigidas à avaliação e percepção do risco, em particular, do comportamento de risco de grupos específicos. Esta abordagem resultou em avanços importantes para o campo de prática da saúde pública na área da prevenção e promoção da saúde. Dentre os avanços convém ressaltar a importância dos estudos e intervenções dirigidas para a promoção de práticas sexuais seguras (*safe sex*), redução de danos e aconselhamento. No curso do aperfeiçoamento dos processos de legitimação destas práticas, foram sendo desenhados diferentes modelos de intervenção comportamental, entre os quais vale ressaltar o limite da abordagem de risco, que esbarra, fundamentalmente, na explicação do processo saúde-doença, a partir de um conjunto de eventos estatísticos probabilísticos, atribuíveis ou relativos à base populacional e que geram modelos de intervenção preventiva de origem cognitiva com enfoque na percepção individual de risco.

A impossibilidade de compreender a intersubjetividade e os contextos estruturantes deste processo trouxeram para o campo da prevenção a necessidade de uma nova abordagem conceitual e prática. Essa abordagem com base nos princípios de direitos humanos, de mobilização social e de vulnerabilidade (individual, social e programática-Jonathan Mann, 1991) foi incorporada após a construção do projeto PREVINA (89-90), que se constituiu em referência para o campo de práticas da prevenção até a

assinatura do AIDS I (93/94) e AIDS II (98/99), quando então se abre o debate sobre a utilidade do conceito de vulnerabilidade e violência estrutural, resultante da inter-relação entre os aspectos individuais, sociais, culturais e políticos, na contextualização necessária ao desenho de estratégias e práticas de prevenção às DST/HIV/aids.

O debate metodológico que passou a orientar as ações da unidade de prevenção esteve marcado por duas orientações básicas: reconhecer a importância do conceito de risco para o desenho de políticas de prevenção, e iniciar a discussão técnica para o manejo e operacionalidade do conceito de vulnerabilidade. A partir da abordagem de Jonathan Mann, o conceito de vulnerabilidade foi aplicado, articulando três eixos: individual, social e programática ou institucional. Estes eixos passaram a pavimentar o caminho das práticas de intervenção orientadas para os diferentes atores sociais. Resulta que a combinação do conceito de risco – risco acrescido na recomendação do Banco Mundial – e de vulnerabilidade não foi acompanhado de desenho estratégico para enfrentar a epidemia em toda a sua complexidade, sobretudo em relação à transferência de tecnologias de prevenção para os gestores locais (estados e municípios). Tampouco resultou em uma abordagem capaz de gerar conhecimentos operacionais para o sistema de saúde. Esta limitação, frente às evidências epidemiológicas que se apresentavam, tais como as tendências de pauperização, feminização e interiorização, repercutiu no modo de atuação e coordenação das ações do setor, principalmente, no ambiente interno e no processo de trabalho dos assessores. O ponto de inflexão foi a segmentação e a fragmentação do processo de trabalho respondendo às demandas dos grupos populacionais de risco acrescido e das populações mais vulneráveis.

O processo de construção da intersetorialidade e integralidade foi importante para a reflexão do campo de prática da prevenção, principalmente os processos que estiveram relacionados com a parceria com a atenção básica no âmbito do SUS. Assim, observa-se um movimento que se estende desde o marco de referência específico de atuação da prevenção, cujas bases foram construídas a partir dos conceitos de comportamento de risco e vulnerabilidade, para uma abordagem sistêmica que privilegia a articulação, a cooperação e a parceria com outras áreas técnicas da saúde e outras esferas do governo.

Há que se ressaltar dois avanços importantes. O primeiro relacionado à questão de não se dissociar prevenção e assistência e o segundo voltado para assegurar a sustentabilidade das ações de prevenção no âmbito do processo de descentralização.

A fase atual do processo de descentralização que tem início com o processo de transferência fundo-a-fundo do incentivo para estados e municípios, não assegurou, de forma mais permanente, os avanços alcançados anteriormente e isto fica claro quando se analisam os PAM dos estados e dos municípios. A prevenção, em geral, é vista de forma secundária e considerada como componente de comunicação e educação em saúde desassociada das outras esferas de ação e intervenção da saúde coletiva. Esta concepção reduz a capacidade preditiva da prevenção de desenhar propostas de políticas públicas baseado em evidências epidemiológicas e comportamentais.

O trabalho da Unidade de Prevenção compreende:

- 1** – A articulação com os serviços da atenção básica, CTA, serviços de DST, SAE, banco de sangue e DSEI. Internamente, articula-se mais regularmente com a área de assistência. Tem por finalidade desenhar para a prevenção a resposta do enquadramento dos serviços de saúde na lógica do SUS.
- 2** – Uma política de aquisição, distribuição, logística e mercado social (*marketing social*) para garantia do acesso ao preservativo masculino, feminino, gel lubrificante, agulhas e seringas para os *kits* de redução de danos e gerencia e acompanha o processo de implantação e desenvolvimento da fábrica de preservativo e acompanha e o desenvolvimento de novos produtos e processos relacionados a produção de insumos de prevenção.
- 3** – Acompanha o processo de trabalho relacionado ao desenvolvimento dos ensaios e sítios para o desenvolvimento de vacinas e de microbicidas; acompanha os processos de desenvolvimento tecnológico na área, formulando políticas específicas para a área de prevenção.
- 4** – O processo de trabalho de intervenção com grupos e redes sociais mais vulneráveis, a partir de métodos de intervenção comportamental e comunitária. Abrange diferentes metodologias, sendo a mais importante o ativismo, a educação de

pares, a intervenção de base comunitária e a mobilização social para ações de prevenção.

5 – O método de focalização que visa a concentrar esforços para identificar áreas prioritárias de alta incidência de HIV e lugares específicos dentro dos quais programas de prevenção são focalizados (método PLACE: Priorities Local AIDS Control Efforts).

6 – Compreende as ações específicas de prevenção dirigidas às pessoas que vivem com HIV/aids (prevenção positiva). São ações de mobilização social, constituição de redes sociais, adesão ao tratamento, casais sorodiscordantes, prevenção da reinfeção, apoio e suporte social, entre outros aspectos da prevenção orientada às pessoas que vivem com HIV/aids.

METAS PROPOSTAS PARA PREVENÇÃO

Estratégia 01

Reduzir o número de novas infecções pelo HIV e outras doenças de transmissão sexual entre jovens, concentrando, particularmente, esforços para eliminar as desigualdades de gênero, raciais, étnicas e o combate à discriminação por orientação sexual na população juvenil.

- Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas

As metas apontadas pelo projeto saúde e prevenção nas escolas têm como foco a implementação do projeto nos municípios já inscritos (199), além daqueles que participam da política de incentivo (411). É importante considerar que apenas 10% dos municípios com incentivo aderiram formalmente ao projeto, que parte da pactuação entre as áreas de educação e saúde no âmbito de cada município para garantir a implantação e sustentabilidade das ações de prevenção nas escolas do ensino fundamental e médio.

Meta

Implementar, até dezembro de 2005, o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas em 100% dos 199 municípios que aderiram ao programa.

Meta

Implantar em 100% dos municípios com política de incentivo o PSPE até dezembro de 2005.

- Esta população está fortemente presente nas capitais e esta meta estabelece a prioridade que deve ser dada à implementação das ações de prevenção para meninos e meninas em situação de rua nas capitais, os quais deverão incluir estas ações nos seus Programas de Ações e Metas, como uma ação permanente em parceria com a sociedade civil. Envolve uma mudança de estratégia do PN, na medida em que busca garantir maior sustentabilidade das ações de prevenção nas políticas intersetoriais locais, para além dos projetos pontuais.

Meta

Promover a implantação de Programas de Prevenção para a população de meninos e meninas em situação de rua nas capitais das 27 Unidades da Federação.

- Em 2004, foi assinada portaria conjunta entre os Ministérios da Saúde e da Justiça com o objetivo de implantar o Plano Nacional de Saúde dos adolescentes que cumprem medidas sócio-educativas. Dentro deste Plano, o PN prioriza a implantação das ações de aconselhamento e disponibilização de insumos de prevenção para os adolescentes em privação de liberdade. Um dos desafios é o de superar as resistências instaladas no âmbito do Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes, em reconhecer a necessidade de acesso dos adolescentes aos insumos de prevenção.

Meta

Implantar as estratégias de aconselhamento e disponibilização de insumos de prevenção para adolescentes, previstos no Plano Nacional de Saúde de Adolescentes que cumprem medidas socioeducativas nas regiões metropolitanas.

Estratégia 02

Assegurar e expandir o acesso da população, por meio de políticas públicas que garantam insumos estratégicos de prevenção, com vistas a reduzir as práticas de relações sexuais inseguras e/ou comportamentos relacionados ao uso e ou compartilhamento de seringas e agulhas entre UDI.

- As metas estabelecidas para os insumos de prevenção visam a ampliar a aquisição, produção e acesso da população aos insumos para a promoção das práticas sexuais seguras e normatizar a aquisição de insumos para redução de danos.

As metas enfatizam a necessidade de abastecimento da rede nacional de insumos de prevenção de forma contínua e permanente e, também, o desenvolvimento de novas tecnologias de prevenção, tais como a implantação da fábrica de preservativos masculinos, marketing social do preservativo, vacinas, microbicidas e cachimbos.

Meta

Em 2005, aumentar para 1 bilhão a aquisição de preservativos masculinos por fontes governamentais (a aquisição de 2004 foi de 650 milhões).

Fonte de Verificação: processo de licitação e grade de distribuição e aquisição de estados e municípios no processo de pactuação.

Meta

Manter, em 2005, em 4 milhões, a disponibilização de preservativos femininos por fontes governamentais.

Fonte de Verificação: processo de licitação e grade de distribuição.

Meta

Em 2005, ampliar a pactuação de compra de preservativos masculinos para 15% nos estados das regiões Norte / Nordeste / Centro-Oeste e 25% nas regiões Sul /Sudeste.

Fonte de Verificação: Ata de reunião bipartite.

Meta

Aumentar, em 2005, para 10 milhões o quantitativo de gel lubrificante disponibilizado por fontes governamentais.

Fonte de Verificação: processo de licitação e grade de distribuição.

Meta

Até dezembro de 2005, ter instalado a fábrica nacional de preservativos.

Fonte de Verificação: contratos, relatórios de progresso.

Meta

Ter normalizado a aquisição de insumos para redução de danos do uso de drogas.

Fonte de verificação: Portaria de normatização.

Meta

Em 2005, ter elaborado plano de trabalho para o desenvolvimento de novas tecnologias de prevenção (tais como: microbicidas, vacinas anti-HIV/aids, marketing social do preservativo (MSP), cachimbos).

Fonte de verificação: relatórios de progresso da unidade.

Estratégia 03

Aumentar a cobertura das ações de prevenção para populações vulneráveis com ênfase nas práticas de formação de pares, intervenção comunitária, direitos humanos, centrando esforços para eliminar as desigualdades de gênero, raciais, étnicas e o combate à discriminação por orientação sexual.

- As metas propostas estabelecem a prioridade do PN na ampliação da cobertura e sustentabilidade das ações de prevenção dirigidas às populações vulneráveis. Propõe qualificar a gestão dos Programas estaduais e municipais nas ações de prevenção, utilizando instrumentos de planejamento de acordo com o perfil

epidemiológico e os contextos de vulnerabilidade locais. Prevê-se, também, a estruturação de ações de prevenção dirigidas à população negra, pessoas vivendo com HIV e Aids e população indígena. Estas ações deverão enfatizar as vulnerabilidades de gênero, étnicas e socioeconômicas, além da incorporação de novas tecnologias de prevenção. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e municípios de fronteira estão no foco desta ampliação.

Meta

Em 2005, financiar 150 projetos de OG, ONG para desenvolvimento de ações de prevenção às DST/HIV/aids com populações mais vulneráveis em municípios da região CO, N, NE e municípios de fronteira.

Fonte de Verificação: SIMOP / relatório de supervisão

Meta

Até dezembro de 2005, implantar o programa de prevenção e assistência as DST/HIV/Aids, nos 34 distritos sanitários especiais indígenas.

Fonte de Verificação: relatórios de monitoramento dos 34 DSEI e Sistema de Informação em Saúde Indígena (SIASI)

Meta

Ter assegurado, até o final de 2005, a inclusão de metas de prevenção para segmentos populacionais mais vulneráveis (UD/UDI, profissionais do sexo, HSH, PVHA) nos PAM da UF.

Fonte de Verificação: Sistema de monitoramento do PAM estados e municípios com política de incentivo

Estratégia

Ampliar a cobertura do diagnóstico do HIV e do aconselhamento pré e pós-teste em 100% dos estados e municípios com política de incentivo. A meta proposta estabelece a prioridade do PN em ampliar o diagnóstico e aconselhamento do HIV na rede de atenção básica nos municípios com política de incentivo. A rede básica à saúde, como porta de entrada do sistema de saúde, deve estar preparada para o atendimento das questões e demandas relacionadas às DST/aids e ampliar as chances de prevenção

do HIV. Cabe a esse nível de atenção o papel de informar a população quanto às ações de prevenção de DST/aids, assisti-la de forma contínua e resolutiva e encaminhar os usuários, quando necessário, aos serviços de referencia com agilidade e precisão.

Para ampliar a cobertura diagnóstica das populações que enfrentam maiores dificuldades de acesso ao aconselhamento e diagnóstico do HIV, o PN está implantando a tecnologia do teste rápido para diagnóstico, iniciando com a região norte. Os CTA deverão ser habilitados nesta tecnologia para auxiliar na capacitação das equipes de saúde da rede básica, onde serão utilizados o teste rápido.

Meta

Implantar, até dezembro de 2005, aconselhamento para DST/HIV/aids na rede básica de saúde em 100% dos municípios com política de incentivo.

Fonte de Verificação: Sistema de Monitoramento do PAM.

Meta

Ter, em 2005, 100% dos CTA habilitados para a realização da tecnologia do aconselhamento na metodologia de teste rápido.

Fonte de Verificação: SI-CTA; relatórios de supervisão.

Plano de ações e metas em diagnóstico laboratorial

Contexto para definição das metas em diagnóstico laboratorial

Melhoria no diagnóstico e monitoramento dos pacientes HIV/Aids- Implantação/Implementação do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV e Ampliação do Acesso ao Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, no que diz respeito à execução dos testes de triagem e confirmatório, é realizado, em grande parte dos Estados, nos laboratórios centrais. Isto causa sérios problemas relacionados a transporte de amostras, tempo despendido entre a coleta do material e o efetivo recebimento do resultado pelo paciente e sobrecarga nos Laboratórios Centrais, que devem contar com recursos humanos para realização dos testes. Conseqüentemente, em muitos locais ocorre uma repressão de demanda. Com isso, a melhoria da qualidade e ampliação da cobertura e do acesso às ações do diagnóstico do HIV-1 na rede de serviços especializados do SUS sempre foi uma preocupação deste Programa Nacional.

Identificação da situação problema

1. Os Estados e Municípios têm dificuldades em receber o recurso do procedimento do HIV-1 por meio do Boletim Ambulatorial SIA/SUS.
2. Dificuldade de organizar a rede de HIV referência contra-referência.
3. Dificuldade de encaminhamento de documentação para o Programa Nacional para qualificar os laboratórios e organizar a rede.

Estratégia

A estratégia para ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV foi concretizada com a mudança do algoritmo e a qualificação dos Estados e Municípios para recebimento de recursos financeiros com o objetivo do pagamento dos testes anti-HIV realizados pôr meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, e aumentando o repasse dos recursos. Essa nova forma de pagamento permitirá que os testes anti-HIV realizados na rede pública sejam pagos na sua integridade.

2. Para a ampliação da cobertura de diagnóstico vem sendo realizada a implantação e implementação da rede laboratorial, incentivando a produção nacional de testes laboratoriais e ampliando a rede de serviços onde o teste é ofertado.

3. O Programa Nacional de DST e Aids vem promovendo, em um primeiro momento, a aplicação dos testes rápidos em serviços de saúde do Estado do Amazonas, onde o acesso da população aos testes anti-HIV necessita ser implementado, principalmente em decorrência de locais de difícil trânsito. Para a aplicação dessa estratégia, preliminarmente foram treinados 39 profissionais de saúde de 14 serviços localizados em 12 Municípios. Esses profissionais foram capacitados no que diz respeito aos procedimentos inerentes à realização dos testes e aconselhamento, sendo que se encontram aptos a desenvolver esta atividade.

Rede Nacional de Laboratórios para Contagem de Linfócitos T (CD4+/CD8+) e para quantificação viral do HIV (carga viral)

Visando ao monitoramento da evolução clínica de indivíduos infectados pelo HIV, a introdução de terapias anti-retroviral e preventivas das infecções oportunistas, assim como sua efetividade, o Programa Nacional de DST/AIDS implantou e implementou a Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e carga viral do HIV. As redes foram implantadas em 1997 inicialmente, com 32 laboratórios para CD4 e 30 laboratórios de carga viral, e implementou para 52 e 41 laboratórios respectivamente em 1998. Atualmente contam com 82 laboratórios da rede de CD4 e 70 laboratórios da rede de carga viral em 27 estados.

A partir de 1997 e até o ano de 2001, o Ministério da Saúde, além de disponibilizar para todos os Estados 558.700 testes de CD4/CD8 e 687.250 testes de carga viral do HIV, visando a manutenção de ambas redes, adotou medidas a fim de garantir o crescimento técnico e ampliou a capacidade instalada da Rede Nacional de laboratórios, visando não apenas a melhoria da qualidade bem como diminuir do tempo de espera para a realização desses exames e um atendimento ampliado.

A partir de maio de 2001, com o objetivo de promover a descentralização das atividades de aquisição e distribuição desses insumos para as Secretarias Estaduais

de Saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu metas físicas de realização desses testes e recursos para o pagamento dos mesmos para todos os laboratórios integrantes dessa Rede. Além disso, foram definidas normas para o cadastramentos dos laboratórios qualificados para a realização desses testes e mecanismos para a comprovação da realização dos mesmos, para posterior pagamento dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde.

A política de descentralização das redes de CD4/CD8 e carga viral, tinha como estratégias:

- registro de preço para os testes, sem que houvesse necessidade do nível estadual realizar licitações;
- capacitação de profissionais de laboratório e garantia de modernização das redes e aparelhos automatizados para aumento da demanda;
- cadastro dos laboratórios para garantia do ressarcimento dos exames pelo SUS;
- repasse aos Estados dos recursos destinados para garantir os reagentes por meio do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC);
- remuneração dos procedimentos por meio de informação APAC- SIA/SUS;
- informatização das redes visando o controle dos exames realizados em nível local, estadual e federal, por meio do SISCEL.

Em 2003, os Estados e Municípios com dificuldades na aquisição e de comprovação das APACs pediram que o Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de DST/Aids que novamente centralizou a aquisição dos insumos e reagentes. O Ministério da Saúde, em 27 de maio de 2004, pela da Portaria GM nº 1.015 centraliza a aquisição dos reagentes de CD4 e carga viral e restabeleceu o pagamento dos procedimentos via FAEC.

Com o retorno da centralização da aquisição para o Programa Nacional adquirimos e dispensamos 390.000 testes de CD4/CD8, 326.000 testes de quantificação da carga viral do HIV até dezembro de 2004.

Identificação da Situação Problema

Com as dificuldades dos últimos meses, das áreas responsáveis pela licitação do Ministério da Saúde o edital para aquisição dos testes não se concretizou, e conseqüentemente não pudemos aumentar ainda o quantitativo da demanda de exames.

Estratégia

1. Melhoria do edital junto as instâncias competentes para adquirir testes de CD4 e carga viral com preços mais acessíveis.
2. Aumento da capacidade laboratorial aumentando o número de exames e conseqüentemente o acesso dos pacientes para a realização dos exames.
3. Treinamento de profissionais dos laboratórios em oficinas de trabalho.
4. Supervisão na Rede Nacional de laboratórios para verificar a adequação da infra-estrutura e capacitação e habilitação dos profissionais para a realização dos exames.

Implantação da Rede Nacional de Genotipagem (RENAGENO)

O PN-DST/AIDS decidiu implantar uma rede de laboratórios aptos a executar o exame de genotipagem, para detectar a ocorrência de resistência genotípica do HIV-1 frente aos anti-retrovirais, auxiliando na seleção da terapia de resgate, em pacientes atendidos da rede publica de saúde.

A Rede Nacional de Genotipagem que teve início no segundo semestre de 2001, tem como objetivo:

- (I) avaliar o impacto do acesso ao teste de genotipagem na evolução clínica, imunológica e virológica de pacientes HIV+ em tratamento com ARV na rede pública de saúde;

- (II) estimar a prevalência de mutações e sua associação ao estagiamento clínico, exposição prévia a anti-retrovirais, aos esquemas terapêuticos em uso no momento da coleta, nas diferentes áreas geográficas e aos subtipos circulantes;
- (III) contribuir no monitoramento, quantidade e qualidade, da emergência de variantes resistentes circulantes no país e;
- (IV) gerar dados de prevalência de subtipos do HIV-1 que infectam os pacientes que utilizam a genotipagem, uma vez que a região genômica da *pol* pode ser utilizada para análise filogenética do vírus.

Identificação da Situação Problema

Falta de pessoal na rede de genotipagem para digitação do SISGENO (Sistema Informatizado de Genotipagem).

Estratégia

Sensibilizar gestores da importância do SISGENO para monitorar os exames executados pela rede de laboratórios de seus Estados.

Sistema Nacional de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para DST e Aids

Com vistas em garantir a qualidade do diagnóstico laboratorial, foi implantado e implementado o Sistema Nacional de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para DST e Aids (avaliação externa da qualidade- AEQ) em 1996, para a detecção de anticorpos anti-HIV, que tem como principal objetivo avaliar a proficiência dos ensaios realizados nos laboratórios e contou com a participação espontânea de 39 instituições da rede pública do país.

Observou-se, ao longo do período 1996-2002, percentuais de aprovação que variaram de 20,0% a 97,8%, na primeira e oitava avaliações, respectivamente, demonstrando, com isto, a melhoria da qualidade dos resultados obtidos. A adesão a AEQ/HIV variou de 77,0% a 91,2%. Já no ano de 2000, foi implantada a AEQ dos testes de hepatites virais, contando com a participação de 92 laboratórios da rede pública.

A AEQ dos testes para contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ foi implantada no ano de 1999, com amostras cedidas ao Ministério da Saúde pelo *National Laboratory for Analytical Cytology* – Ottawa – Ontário - Canadá. Desde janeiro de 2000, as AEQ para os testes de CD4/CD8 estão sendo realizadas com amostras brasileiras, após o resultado do estudo piloto que subsidiou a implantação. A AEQ/CD4 contou inicialmente com a participação de 42 laboratórios, quando da sua implantação. Já no ano de 2002, participaram 53 laboratórios, ou seja, todos aqueles integrantes da rede de laboratórios para contagem de linfócitos TCD4. Os percentuais de aprovação variaram de 77,1 a 88,0%, desde a sua implantação até o ano de 2002.

A avaliação dos testes para quantificação da carga viral do HIV-1 (AEQ/CV), implantada no ano de 1998, contou com a participação de 33 laboratórios. Já em 2002, participaram 58 laboratórios das avaliações. Os percentuais de aprovação nas avaliações variaram de 58,6 a 98,2% desde a sua implantação até o ano de 2002.

Os laboratórios da Rede Nacional têm obrigatoriedade de participar do AEQ de CV e CD4, publicado em Portaria SAS nº 172 de 25 de maio de 2001, para manter a qualidade dos exames laboratorial.

Quanto à avaliação dos testes de genotipagem do HIV-1 (AEQ-GENO), implantada no ano de 2002, contou com a participação de 15 laboratórios. E teve como objetivo semear entre os laboratórios participantes da rede uma percepção da importância do controle de qualidade no levantamento das condições de trabalho, da proficiência técnica e da adequação da metodologia de genotipagem utilizada na RENAGENO.

Implantação do Projeto da Rede Nacional de Isolamento e Caracterização do HIV – RENIC

Em 2003, começou-se a discutir a implantação do Projeto da Rede Nacional de Isolamento e Caracterização do HIV. São objetivos:

- (I) estimar a incidência e prevalência da infecção pelo HIV em indivíduos atendidos nos CTA de diversas regiões do Brasil, de acordo com dados demográficos;
- (II) estimar qual as distribuições geográficas dos subtipos de HIV, comparando-se os resultados entre populações incidentes versus prevalentes dos CTA;

- (III) caracterizar a estrutura molecular de cepas do HIV-1 de subtipos não-B e;
- (IV) avaliar a frequência de resistência primária em infecção prevalente e incidente (recente).

A proposta de se coletar amostras de populações vulneráveis ao HIV em serviços de saúde como Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), torna possível uma maior identificação de indivíduos com infecção pelo HIV mais recente que representa as amostras circulantes. Sendo assim, esses grupos serão fontes de amostras adequadas para responder as questões relativas a subtipos, definindo tanto a distribuição de subtipos como para resistência. A previsão de implantação desta rede é para o segundo semestre de 2005.

Identificação da situação problema

Atualmente o projeto se encontra em julgamento na CONEP, o qual no primeiro momento, solicitou alterações no seu conteúdo. E, em seguida, novas alterações foram solicitadas referentes em contatos com os pesquisadores e liberação de laudos para os indivíduos que aderirem ao projeto.

Estratégia

Foi realizado de 31.01 a 04.02.2005 treinamento de uma técnica do Programa Nacional de DST e Aids na metodologia STARHS/BED (Serological Testing Algorithm for Recent HIV Seroconversion), no CDC de Atlanta-EUA, a qual dará suporte técnico aos quatro laboratórios da RENIC, que executarão a metodologia em questão, que tem pôr finalidade identificar amostras com infecção recente.

Implementação das DST

Renagono

Serão implantadas ações e estratégias de vigilância das resistências dos patógenos com integração entre a área de laboratório e a área de DST deste Programa Nacional. Quanto à Sífilis, para os locais de difícil acesso que não possuem laboratórios, estaremos adotando estratégias de teste rápido e capacitando os profissionais de laboratórios já existentes.

Sistema de Educação à Distância para Profissionais de Unidades Hemoterápicas e Laboratórios de Saúde Pública (TELELAB):

O Sistema de Educação à Distância para Profissionais de Unidades Hemoterápicas e Laboratórios de Saúde Pública e Unidades Hemoterápicas – Telelab é responsável pelo treinamento de profissionais da área de saúde envolvidos com diagnóstico laboratorial das DST, da infecção pelo HIV e das doenças oportunistas associadas à aids.

Esse sistema foi implantado pelo Ministério da Saúde, em 1997, sendo inicialmente composto por oito cursos voltados especificamente para profissionais de laboratório: Técnicas para Coleta de Secreções; Técnicas para Coleta de Sangue; Técnica de Coloração de Gram; Cultura, Isolamento e Identificação de *Neisseria gonorrhoeae*; Diagnóstico Laboratorial da Clamídia; Diagnóstico Sorológico da Sífilis; Diagnóstico Sorológico do HIV - Testes de Triagem e Diagnóstico Sorológico do HIV - Testes Confirmatórios, destinados a profissionais de laboratórios.

No final do ano de 1997, em face aos excelentes resultados obtidos pela primeira série, a Gerência Geral de Sangue, órgãos e outros Tecidos – GGSTO, do Ministério da Saúde, aderiu ao sistema com vistas em promover a qualidade total do sangue transfundido no país por meio do treinamento dos profissionais provenientes das unidades de hematologia e hemoterapia, iniciando, portanto, a consolidação e o desenvolvimento da segunda série de cursos, a qual foi composta por mais oito cursos.

Em face a grande aceitação por parte do seu público-alvo, o PN-DST/AIDS, objetivando dar continuidade ao projeto, complementando a série TELELAB produziu mais sete novos cursos, no segundo semestre de 2001, abrangendo temas relacionados tanto com as co-infecções e infecções oportunistas associadas a fungos e parasitas, como as questões relacionadas à captação e triagem clínica de doadores de sangue e imunohematologia: Fungos e Aids – Diagnóstico Laboratorial das Infecções Oportunistas; Parasitos e Aids – Diagnóstico Laboratorial das Infecções

Oportunistas; Captação de Doadores de Sangue; Triagem Clínica de Doadores de Sangue; Imunohematologia – Testes Pré-transfusionais; Imunohematologia – Resolução de Problemas nos Testes Pré-transfusionais – Controle de Qualidade de Reagentes; Tuberculose - Diagnóstico Laboratorial – Baciloscopia, os quais foram lançados em 2002.

Desde o seu lançamento e até o ano de 2004, o TELELAB já realizou um total de 60.382 cursos, dos quais 42.119 foram concluídos com êxito, tendo os profissionais sido certificados, 17.655 encontram-se em processo de avaliação e apenas 608 cursos foram desistidos.

Identificação da Situação Problema

Monitorar as instituições participantes do TELELAB por meio de pré e pós-testes; Ampliação de novos cursos para melhor atender o público-alvo.

Estratégia

Nesse contexto a área de laboratório realiza reformulação juntamente com a área de desenvolvimento institucional para criar o TELELAB *Web* para melhorar o acesso das instituições aos cursos.

Reformulando os cursos já existentes e criando novos como, por exemplo, teste rápido para HIV-1.

Projeto de Desenvolvimento Tecnológico de Testes Rápidos e *Westen Blot* para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV; CD4 e carga viral no monitoramento ao paciente HIV

Dentro da proposta de desenvolvimento de testes para o diagnóstico e monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV, foi concluída a primeira etapa do acordo de transferência de tecnologia para produção dos testes rápidos na Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro (RJ). Um primeiro lote de 120.200 testes foi distribuído para as maternidades cadastradas no Projeto Nascer, com o objetivo da utilização no momento do parto para aquelas parturientes que não tenham realizado o teste anti-

HIV durante o pré-natal e aguardando uma segunda aquisição de 300.000 testes para suprir a demanda das maternidades.

Quanto à proposta de desenvolvimento de um teste para quantificação da carga viral do HIV-1 já se encontra em fase piloto em 3 (três) laboratórios, que são: Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Hemocentro de Botucatu e Laboratório de Imunologia e AIDS da FIOCRUZ, para a validação e equiparação das metodologias comerciais existentes no país bem como para posteriormente registro na ANVISA e implantação nos 70 laboratórios do país. O convênio de desenvolvimento de testes para contagem de linfócitos T CD4/CD8 ainda está em fase de testes para estabilização dos reagentes e performance para, posteriormente, realizar piloto em 3 (três) laboratórios para validação e implantação na Rede laboratorial. O convênio de desenvolvimento do *Western Blot* com BioManguinhos, ainda se encontra em fase de desenvolvimento.

PLANO DE AÇÕES E METAS DE ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO

Contexto para definição das metas em assistência e tratamento

A política de assistência aos portadores do HIV/aids no Brasil, estruturada à partir da década de 90, fundamentou-se na Constituição Federal, no paradigma da saúde como direito de todos e dever do Estado. Este direito constitucional orientou a política de acesso universal à terapia anti-retroviral, que trouxe como resultados a melhora na qualidade e aumento na expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA), bem como redução dos custos econômicos advindos do tratamento das manifestações oportunistas e suas seqüelas.

A partir de 1994, o Ministério da Saúde (MS), em resposta à demanda assistencial crescente, estabeleceu diretrizes, desenvolvendo um Programa de Implantação das Modalidades Assistenciais para as PVHA – Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospital Convencional (HC), Hospital Dia (HD) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). Esse Programa baseou-se em Projetos de implantação de Serviços, alternativos às modalidades convencionais, que apresentassem elevada resolutividade diagnóstica e terapêutica e que estabelecessem mecanismos de referência e contra-referência com os Serviços da rede pública de saúde.

Em comum, o atendimento nesses Serviços deveria ser assegurado por equipes multidisciplinares com o objetivo de oferecer uma assistência humanizada, alicerçada na atenção integral ao usuário e sua família. Com propósitos secundários e direcionados à relação custo-benefício, projetos como HD e ADT deveriam contribuir para redução da demanda de internação hospitalar, de permanência nos leitos hospitalares e, portanto, contribuir para a redução de gastos pelo SUS.

A inclusão dos grupos de procedimentos para tratamento da aids no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, permitiu o estabelecimento gradual de uma rede de atendimento hospitalar em todo o país, composta, atualmente, por 397 hospitais convencionais credenciados junto à SAS como referência para internação-aids. A capacitação de profissionais de saúde, através dos Serviços de Referência em aids e Universidades conveniadas com o MS, permitiu a gradual qualificação dos profissionais dessa rede de saúde.

A ampliação do acesso à Terapia Anti-retroviral (TARV) impôs o desafio de fenômenos emergentes, como os efeitos adversos da TARV, destacando as dislipidemias e lipodistrofia, as dificuldades de adesão à TARV, com conseqüente falha terapêutica, em especial nas populações de baixa-renda e escolaridade.

Por outro lado, o aumento da expectativa de vida gerou hipertrofia e saturação dos serviços ambulatoriais, impondo o desafio da construção de uma nova política de assistência que proponha maior integração entre os níveis de atenção à saúde, e que também propicie o exercício da multidisciplinaridade, resguardando à PVHA, o princípio da integralidade.

O acesso universal ao tratamento anti-retroviral, permitiu a definição da política de medicamentos anti-retrovirais, orientada pela normatização das recomendações terapêuticas por meio da criação do comitê assessor em terapia anti-retroviral que propõe as recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes, gestantes e crianças infectados pelo HIV (consenso terapêutico nacional), representando um marco no contexto assistencial.

A imposição de novas demandas trazidas pelo amplo acesso à TARV, determinou a constituição da rede nacional de genotipagem, oferecendo às PVHA sob tratamento e com falha terapêutica, o acesso aos testes de resistência viral, bem como a inclusão de procedimentos no SUS para correção dos eventos adversos da TARV, como a lipodistrofia, fenômeno recente que emerge como causa da redução da auto-estima, qualidade de vida e causa de abandono à TARV.

Durante todo este período, o MS investiu em treinamentos para capacitação e atualização de profissionais de saúde e supervisões técnicas, qualificando significativamente a assistência às PVHA na rede de serviços.

A implantação da rede de serviços aids

As modalidades assistenciais foram inicialmente implantadas, a partir de 1994, de forma descentralizada, por meio de recursos repassados por meio do Plano Operativo Anual (POA) e posteriormente PAM (Plano de Ações e Metas), pelo MS, às coordenações estaduais e municipais de DST e aids. Nesse processo, os gestores identificavam a necessidade de implantação de Serviços, adquiriam e disponibilizavam equipamentos e veículos às instituições. Obedecendo a esta sistemática, estruturaram-se 951 Serviços Assistenciais nas modalidades de SAE, HC, HD e ADT, além de 156 Laboratórios de Monitoramento (70 de Carga Viral, 82 de CD-4 e 15 de Genotipagem) em todo o país, até a presente data.

O maior desafio, que se mantém na atualidade, é de aumentar a aproximação das modalidades assistenciais de HIV e Aids às demais estruturas do SUS, em especial com a Rede Básica de Saúde, definido os papéis e atribuições no contexto da atenção ao HIV e Aids.

Os medicamentos anti-retrovirais

Em meados de 1988, é lançado o primeiro medicamento anti-retroviral o AZT - Zidovudina, da classe dos Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos que atua diretamente sobre o HIV, causador da aids. O Governo Federal adquire de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e começa a distribuir gratuitamente o AZT no ano de 1991. Em 1992, inclui o AZT solução oral na grade de distribuição e em 1993 a Didanosina comprimido; à partir de 1996, com a edição da Lei nº 9.313/96 fica garantida a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids através do Sistema Único de Saúde - SUS e gradativamente

foram incluídos novos medicamentos recomendados pelos Comitês Assesores em Terapia Anti-retroviral. Até o ano de 2004, a relação incluía 15 medicamentos anti-retrovirais, sendo cinco Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeo e uma associação 3TC + AZT, um Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleotídeo, dois Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeo, sete Inibidores da Protease e em 2.005 foi incluído um Inibidor de Fusão, perfazendo 35 apresentações farmacêuticas dispensados aos pacientes em combinações terapêuticas de medicamentos, chamadas popularmente de “coquetel”.

A dispensação dos medicamentos ARV ocorre nas farmácias das unidades de saúde que prestam assistência aos pacientes doentes de aids, chamadas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM). As UDM estão distribuídas em todas as regiões do país e localizadas nos serviços que prestam atendimento aos pacientes doentes de aids, como SAE, Hospitais Universitários e HD entre outros. Desenvolvem ações orientadas ao medicamento como a conservação, controle e armazenamento além de outras ações dirigidas ao usuário, no âmbito da assistência farmacêutica.

A aquisição dos ARV continua sendo realizada de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e os recursos financeiros disponibilizados foram da ordem de R\$ 567,6 milhões para o ano de 2004, com estimativa de gastos de aproximadamente R\$ 950.000,00.

A transmissão vertical do HIV e controle da doença materna

A epidemia do HIV/aids no Brasil assumiu dimensões nacionais, não se restringindo aos grandes centros urbanos, avançando, nos últimos anos, entre os municípios menores, atingindo hoje, mais da metade dos municípios brasileiros. Embora o número de casos acumulados entre pessoas do sexo masculino seja bem mais elevado que nas do sexo feminino, as mulheres representam atualmente a população com o maior crescimento da epidemia.

A faixa etária de 25-39 anos é predominantemente atingida, aumentando a ocorrência de casos no sexo feminino em idade reprodutiva, aumentando, gradualmente, a

freqüência de transmissão materno-infantil do HIV. Essa transmissão, que correspondia entre os casos pediátricos, cerca de 22% no período 1984-87 atinge, até 31 de junho de 2004, 83,6% dos casos pediátricos diagnosticados.

Identificação da situação-problema

Acesso aos Serviços

Atualmente, a rede assistencial especializada está hipertrofiada, com grande necessidade de expansão, principalmente para os municípios de maior porte, onde se verifica aumento das pessoas que necessitam acompanhamento na rede pública. A existência de demanda reprimida, com espera superior a 30 dias para primeira consulta e a presença de pacientes com longa permanência em setores de emergência e internação, demonstram o esgotamento desta rede.

Estima-se a necessidade de aproximadamente 1.000 novos leitos específicos para os pacientes com Aids na rede SUS e necessidade de expansão das ações de assistência ambulatorial para a rede básica de saúde, à partir do estabelecimento de papéis entre os distintos níveis de atenção, e da criação de um sistema hierarquizado de referência e contra-referência , criando, dessa forma, uma articulação programática entre rede básica e serviços especializados em HIV e Aids, ampliando a rede de assistência e qualificando a atenção integral às PVHA .

De um modo geral, os serviços apresentam uma boa resolutividade diagnóstico-laboratorial no que diz respeito aos exames menos complexos, porém, a exemplo das dificuldades da rede pública na realização de exames complementares de média e alta complexidade, os SAE em particular, tem dificuldades na efetivação de sua retaguarda diagnóstica. A exemplo do SAE, os HD e ADT também apresentaram mudança no perfil de sua demanda. O HD, com vocação para realizar terapias endovenosas de manutenção na era pré-terapia altamente ativa (TARV), modifica seu perfil com o reordenamento de demandas da epidemia. A restauração imunológica permite a suspensão das infusões endovenosas de manutenção, reduzindo a procura por HD, transformando-os, atualmente, em uma modalidade que incrementa a capacidade resolutiva ambulatorial, ao permitir a realização de procedimentos e exames complementares restritos ao âmbito hospitalar, evitando com isso hospitalizações

desnecessárias.

Geograficamente, uma heterogeneidade na distribuição e qualidade dos serviços é observada, com concentração no Sul e Sudeste e precariedade no Norte e Nordeste.

Qualidade da Atenção

Diferente do esperado, alguns serviços ainda não possuem equipes multidisciplinares, devendo ser implementados no que diz respeito à disponibilização de recursos humanos para que possam, efetivamente, ser considerados como serviços da rede aids. Por outro lado, a existência de serviços que estão prestando atendimento ginecológico e pediátrico denota que estão respondendo à crescente modificação do perfil epidemiológico.

A rotatividade que contribui para o despreparo dos profissionais de saúde nos serviços, bem como a complexidade no manejo dos ARV, colocam em risco a qualidade da atenção, que deve ser supervisionada, permitindo a formulação de estratégias que qualifiquem os serviços.

A transmissão vertical

As características atuais da epidemia de aids no Brasil - heterossexualização, feminilização, interiorização e pauperização - apontam para um novo desafio, tendo em vista alguns elementos: a) dificuldades em organizar uma rede de serviços para diagnóstico e assistência, que venha à atender a velocidade de crescimento da epidemia em nosso país; e b) as dificuldades naturais que enfrentam as camadas socio-econômicas mais desfavorecidas no que se refere a informação e ao acesso aos serviços de diagnóstico e assistência em DST/HIV/Aids.

Mulheres soropositivas podem transmitir o HIV para seu filho durante a gestação, parto ou aleitamento materno. A transmissão intra-uterina (segundo alguns estudos situadas em torno de 35%) é possível em qualquer fase da gravidez, porém, é menos freqüente no primeiro trimestre. Vários outros estudos evidenciaram que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorrem no final da gestação,

durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e que o aleitamento materno representa um risco adicional de transmissão de 7 a 22% (em média, 15%). É importante ressaltar que quanto mais tempo uma criança mamar em mulher infectada, maior será o risco de transmissão por essa via.

Segundo vários estudos, a carga viral elevada, juntamente com a ruptura prolongada das membranas amnióticas, são reconhecidamente um dos principais fatores associados à transmissão vertical do HIV. O uso de TARV combinada e do parto cesáreo, quando realizado de forma eletiva, ou seja, estando as membranas íntegras, e sem ter o trabalho de parto iniciado, contribui para a redução da transmissão vertical do HIV. Quanto mais precoce o diagnóstico da infecção materna, maiores serão os resultados de controle de sua doença e maiores as chances de reduzir a transmissão vertical.

O Ministério da Saúde, buscando conhecer a prevalência do HIV em gestantes e conseqüentemente estimar o número de crianças expostas, torna obrigatória a notificação da infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, através da Portaria de nº 993 de 4 de setembro de 2000. Entretanto, essas informações não estão disponíveis por esse instrumento até a data atual. Por esse motivo, as estimativas de gestantes infectadas continuam sendo realizadas com base nas informações de prevalência da infecção em parturientes, obtidas através de cortes transversais realizados periodicamente em amostras aleatórias em serviços de maternidade (estudos sentinela). Estima-se com base nesses estudos, a prevalência média de 0,47% da infecção pelo HIV entre as parturientes, o que representa 13.472 gestantes HIV+ e Crianças Expostas/Ano no Brasil.

A dispensação de medicamentos ARV

As Unidades Dispensadoras de Medicamentos estão distribuídas em todas as regiões do país e localizadas nos serviços que prestam atendimento aos pacientes doentes de Aids. Foram colocadas em funcionamento conforme as necessidades e realidades locais, formando-se a partir de recursos humanos e infra-estrutura já existente,

absorvendo profissionais e equipamentos disponíveis, a maior parte das vezes sem um estudo prévio de regionalização, necessidade e cobertura.

A introdução de novas moléculas, muito mais potentes, com efeitos colaterais menores e com posologia que facilitam a adesão à terapia tem deixado para segundo plano os ARV produzidos nacionalmente, o que vem causando um forte desequilíbrio entre os valores gastos com a produção nacional e a compra das multinacionais. Hoje, a proporção dos gastos destinados para aquisição dos ARV é de 20% para os medicamentos produzidos no Brasil e 80% para os adquiridos das empresas multinacionais.

Metas propostas para assistência e tratamento

Ampliar o acesso aos serviços

- Ampliar e implementar em 17 % a Rede de Serviços de Referência para o atendimento das PVHA;
- Implantação de 27 centros de referência (um em cada UF) para atenção aos co-infectados em HIV/Hepatite;
- Implantação de estratégias de atenção às PVHA em situação de rua, em 5 capitais;
- Implantação do Programa de Prevenção e Assistência às DST e ao HIV/Aids nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- Ênfase na implantação e implementação de serviços assistenciais na Região Norte;
- Implantação do teste rápido no diagnóstico da infecção do HIV nas regiões de difícil acesso da Amazônia;
- Ampliação da rede assistencial às PVHA através da estruturação e organização da atenção à saúde nas regiões de difícil acesso da Amazônia.

Melhoria da qualidade da atenção

- Implantação do Projeto de Supervisão da Qualidade da Assistência de PVHA nos SAE, HD e ADT nas 27 UF;

- Qualificação da atenção psicossocial nas 27 UF, com implementação e ampliação da rede de referência para Pessoas com DST/HIV/Aids e Transtornos Mentais em 30 % do país;
- Consolidação nas 27 UF, dos procedimentos previstos na Portaria 2.582, que indica procedimentos reparadores para portadores de lipodistrofia;
- Implantação de ações estruturadas de adesão em 50 % dos serviços;
- Articulação com a Coordenadoria Geral da Política de Alimentação e Nutrição, para implementação e implantação de atenção nutricional;
- Publicação de manuais técnicos sobre terapia, condutas e organização de rede;
- Educação/formação permanente através de cursos, treinamentos e à distância, via web.
- Implementação da qualidade da assistência às pessoas com HIV/aids, com sintomas de difícil controle, nos HC, ADT e HD, por meio da estratégia de cuidados paliativos.

Garantia de tratamento

- Articulação junto aos laboratórios farmacêuticos oficiais para desenvolvimento de tecnologia que permitam a produção 100 % de quatro ARV (EFZ, LPV/r, TDF e NFV), 3 associações (dose fixa combinada) de ARV e 4 medicamentos usados em infecções oportunistas (Pirimetamina, Ácido Folínico, Fluconazol e Ganciclovir)
- Implantação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos de Aids (SICLOM) em 100 % das UDM.
- Expansão do número e supervisão da qualidade das UDM.

Redução da Transmissão Vertical

- Ampliar o diagnóstico do HIV na rede básica de saúde, em especial durante as consultas de pré-natal, planejamento familiar e em portadores de DST e seus

parceiros, utilizando inclusive testes rápidos anti-HIV em localidades sem estruturação da rede de laboratório;

- Implantar/implementar a rede de serviços especializada no cuidado de portadores do HIV/aids, para o atendimento de gestantes/parturientes HIV+ e crianças expostas;
- Implementar a dispensação e o controle de uso dos testes rápidos anti-HIV; do AZT intravenoso/solução oral; do inibidor de lactação e da fórmula infantil;
- Implantar/implementar serviços de planejamento familiar para a fertilização assistida em casais que convive com o HIV.
- Identificar os serviços formadores para participar da estratégia dos “Polos de Capacitação e Educação Continuada em DST/HIV/aids”, para os profissionais de Saúde que atendem na rede básica e especializada.

Plano de ações e metas em DST

Contexto para definição das metas em doenças sexualmente transmissíveis

Diminuir a incidência/prevalência das DST e a vulnerabilidade da população brasileira a esses agravos.

- Aumentar o conhecimento em DST e de práticas de sexo seguro na população
- Ampliar o acesso da população alvo ao aconselhamento, diagnóstico de qualidade e tratamento resolutivo das DST
- Priorizar a abordagem de DST no campo de ensino e pesquisa.

Estratégias

- Atendimento aos portadores de DST na atenção básica

Para o atendimento aos portadores de DST na atenção básica, há necessidade de otimizar recursos humanos e financeiros, portanto, a intersetorialidade precisa estar presente para agregar as atividades e promover um fluxograma no atendimento onde todos os serviços estejam articulados para atendimentos acessíveis, efetivos, disponibilizando diagnóstico e tratamento, sem estigmatizações.

O atendimento aos portadores de DST deve ser realizado na atenção primária, evidenciando a necessária articulação intersetorial no âmbito do Ministério da Saúde, sendo essencial a participação do Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde da Mulher e Programa da Criança e Adolescente. Para os casos não resolvidos no nível da atenção básica faz-se necessário serviço de referência para elucidação diagnóstica. Os serviços de referência deverão fazer parte da estrutura do SUS ou respeitar seus preceitos básicos de universalidade, regionalização, hierarquização e integralidade (serviços municipais, estaduais, federais, universidades, entidades filantrópicas) e serão selecionadas pelas Coordenações Estaduais e Municipais com base em um dos seguintes critérios:

- sejam referência para o Programa de Saúde da Família (PSF), ou
- atendam de forma sistemática, casos de DST, ou
- possuam em seus quadros profissionais já capacitados para esse fim, ou
- tenham perfil para investigação diagnósticas, especialmente em mulheres (serviços que fazem atendimento ginecológico, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer cérvico-uterino), ou
- tenham capacidade clínica e laboratorial instaladas para o atendimento de casos de DST e profissionais interessados nessas atividades, ou
- tenham importância estratégica para as coordenações estaduais e municipais.

Estes serviços de referência devem ser, preferencialmente os SAE (Serviços Ambulatoriais especializados em aids), pois estes possuem laboratórios mais ou menos complexos, algumas especialidades que a atenção básica não contempla, além de uma equipe multidisciplinar mais sensibilizada. Nos locais onde essa estrutura não esteja presente, recomenda-se que o Ambulatório de Especialidades seja utilizado como referência.

A participação e controle social de ações pelas Organizações da Sociedade Civil (OSC) são de relevância principalmente no que se refere ao acesso aos serviços, na observância da pactuação de aquisição de medicamentos, na disponibilização de insumos laboratoriais, na disponibilidade de preservativos entre outros. Faz-se necessário estimular as ONG que trabalham com aids a incluir em suas ações o tema prevenção das DST.

Eliminação da sífilis congênita

Considerando que já existe uma rede de pré-natal com alta cobertura, há necessidade de melhorar a capacitação dos profissionais desta rede, bem como melhorar a organização dos serviços em relação às referências laboratoriais e exames subsidiários, para que esta atenção ao pré-natal seja oportuna, tenha dinamismo e possa ser monitorada e avaliada, tornando-se importante ferramenta para a eliminação da sífilis congênita em nosso país.

Para atingir esta estratégia faz-se necessária articulação com o Programa de Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente, Coordenadoria Geral de Laboratórios e demais áreas da Secretaria de Vigilância em Saúde, que conduzem os sistemas de informações referentes ao pré-natal e agravos, buscando assim, juntar esforços para o fortalecimento das ações, que no momento, diante do quadro epidemiológico não estão atingindo com êxito o controle do agravo.

A participação e controle social de ações pela OSC são de fundamental importância principalmente atuando nas comissões municipais e estaduais de saúde na observância das execuções das pactuações, participação de lideranças comunitárias com seus pares alertando para a busca de serviço de saúde e início precoce de pré-natal, bem como a importância dos exames de rotina. Atuação das sociedades de especialidades médicas afins junto aos seus associados também é de fundamental importância.

Metas propostas de controle das DST

Meta

- Até dezembro de 2005, elaborar e divulgar o Plano de Comunicação em DST considerando diversidade populacional e regional, com ênfase ao diagnóstico precoce, com a participação da sociedade civil

Estratégias

- Elaborar campanha sobre DST para veiculação nacional considerando diversidade populacional e regional, com ênfase no diagnóstico precoce, com a participação da sociedade civil, alertando para o reconhecimento de sinais e sintomas e procura por assistência.

- Produzir e distribuir material educativo para a população geral visando combate ao preconceito e discriminação às populações prioritárias.
- Produzir e distribuir material técnico e normativo sobre sífilis, dirigido aos profissionais de saúde de acordo com o Plano de Comunicação.
- Produzir e distribuir material educativo sobre sífilis, dirigido à população geral de acordo com o Plano de Comunicação.

Meta

- Até dez/2005, ter pelo menos 50% dos portadores de DST com oferecimento de VDRL, sorologia para hepatite B e C e HIV nos municípios qualificados com a política de incentivo.

Estratégias

- Implementar a capacitação de recursos humanos para oferecimento de VDRL, sorologia para hepatite B e C e HIV.

Meta

- Até dezembro de 2005, identificar etiologicamente 10% dos pacientes tratados por Abordagem Síndrômica nos municípios qualificados com a política de incentivo.

Estratégias

- Capacitação de Profissionais de saúde (PSF, UBS, DSEI) para o manejo síndrômico das DST
- Capacitação em aconselhamento a portadores de DST para profissionais de saúde (PSF, UBS, DSEI) e lideranças indígenas e de parteiras.

Meta

- Até dezembro 2005, disponibilizar insumos para melhorar a qualidade do diagnóstico dos corrimentos vaginais por meio da disponibilização de insumos de diagnósticos nos municípios qualificados pela política de incentivo.

Estratégias

- Adquirir fitas de pH para auxílio diagnóstico de corrimento vaginal
- Disponibilizar fitas de pH vaginal para os municípios selecionados

Meta

- Até dezembro de 2005, testar 100% das gestantes, que procuram os serviços de saúde, para aumentar o diagnóstico da sífilis no pré natal nos municípios qualificados com a política de incentivo.

Estratégias

- Articular com Estados e municípios de DST/Aids, Saúde da Mulher e criança, a disponibilização de insumos para a realização de pelo menos dois testes VDRL e confirmatório no pré natal. Não liberação de VDRL positivo sem um teste confirmatório, salvo exceções.
- Realizar 05 oficinas regionais de capacitação em diagnóstico laboratorial utilizando o TELELAB .
- Articular com Sociedades de Classes para divulgação da importância do diagnóstico de sífilis na gestação.
- Disponibilizar teste rápido para sífilis em locais de difícil acesso

Meta

- Até dezembro de 2005, tratar 100% das gestantes, parturientes e crianças expostas diagnosticadas com sífilis, nos municípios qualificados pela política de incentivo.

Estratégias

- Publicar e divulgar portaria sobre uso da penicilina e seus riscos
- Capacitar médicos e enfermeiros para manejo adequado das gestantes, parturientes e puérperas.
- Produzir e distribuir material técnico (folders, cartazes) para profissionais de saúde, sobre o uso da penicilina e conduta na sensibilidade
- Produzir e distribuir material educativo (folders, cartazes) para gestantes, sobre necessidade do uso da penicilina para tratar sífilis na gravidez
- Elaborar sistema de monitoramento e avaliação de tratamento em crianças expostas à sífilis

Meta

- Até dezembro de 2005, identificar e tratar 50% dos parceiros de gestantes com sífilis, nos municípios qualificados com a política de incentivo.

Estratégias

- Produzir e divulgar material educativo para gestantes com sífilis em relação ao tratamento de seus parceiros
- Capacitar recursos humanos para o manejo adequado da sífilis adquirida e implementar ações de aconselhamento para a gestantes com sífilis, visando tratamento de parceiros

Meta

- Até junho de 2005, revisar e atualizar o Manual de controle de DST.

Estratégias

- Contratar consultor para revisão e atualização do manual de controle de DST

- Reunião com Comitê Nacional assessor de controle de DST para revisão final do manual de controle de DST
- Editar e distribuir o Manual de controle de DST

Meta

- Até dez de 2005, elaborar e distribuir o Manual de Bolso de DST para profissionais de saúde.

Estratégias

- Contratar consultor para elaboração do Manual de bolso de DST
- Reunião com Comitê Nacional assessor de controle de DST para revisão final do manual de bolso de DST

Meta

- Até março de 2005, publicar e distribuir o Manual de Capacitação de DST para profissionais de saúde de Atenção Básica e Centros de Treinamento em DST.

Estratégias

- Revisar o Manual de Capacitação em DST validado.
- Reunião com Comitê Nacional assessor de controle de DST para revisão final do Manual de Capacitação em DST

Meta

- Até junho de 2005, elaborar e publicar Portaria sobre Norma Técnica do uso da Penicilina e efeitos adversos, em conjunto com Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Reumatologia, DST, Alergia e Imunopatologia.

Estratégias

- Reunião com as Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Reumatologia, DST, Alergia e Imunopatologia, para elaboração de Norma Técnica sobre o uso da Penicilina.
- Encaminhar a minuta de portaria sobre Norma Técnica para diretoria da SVS.

Meta

- Até dezembro de 2005, ter 20% dos serviços com acesso das populações prioritárias ao diagnóstico e tratamento das DST na Atenção básica nos municípios qualificados na política de incentivo.

Estratégias

- Articular com estados e municípios para necessidade de organização de serviços.
- Capacitar os líderes comunitários e das populações prioritárias, incluindo os redutores de danos, em reconhecimento dos sinais e sintomas para a busca imediata da assistência.
- Capacitar os profissionais de saúde nas questões relacionadas ao preconceito e vulnerabilidade
- Divulgar a rede de serviços que atendem DST.

Meta

- Até dezembro de 2005, ter 80% dos Estados e Municípios qualificados pela política de incentivo desenvolvendo ações relacionadas às DST articulados com a sociedade civil.

Estratégias

- Realizar levantamento de número e gastos de internações por DIP, gravidez ectópica, oftalmia neonatal etc.; através de AIH (nacional e por estados)
- Sensibilizar Estados e Municípios para custos de complicações das DST por levantamento de número e gastos por internações por DIP, gravidez ectópica, oftalmia neonatal etc.; através de AIH (nacional e por estados).
- Articular com PE, PM, Sociedade civil e diversas áreas programáticas dos estados e municípios para sensibilização e priorização de ações conjuntas para atenção aos portadores de DST (*advocacy*).
- Articular com PE, PM e sociedade civil para cumprimento da pactuação de medicamentos
- Encontros regionais com gestores para estabelecimento de referência e contra-referência para portadores de DST

Meta

Até dezembro de 2005, implantar a vigilância epidemiológica da sífilis na gestação em 100% das capitais.

Estratégias

- Realizar 01 oficina para a definição de caso de sífilis na gestação.
- Sensibilização de gestores para a implantação da Vigilância Epidemiológica da sífilis na gestação envolvendo CONASS, CONASEMS e COSEMS.
- Elaborar instrumento de investigação de caso de sífilis na gestação.
- Editar portaria incluindo a sífilis na gestação como doença de notificação compulsória no SINAN.
- Estabelecer fluxo de informações de sífilis na gestação nos três níveis de governo.
- Produzir material técnico/normativo para a capacitação de pessoal em sífilis.
- Realizar 05 oficinas macro-regionais de capacitação em sífilis na gestação e crianças expostas.

- Acompanhar e avaliar as ações por meio de indicadores operacionais.

Meta

Até dezembro de 2005, aumentar em 20% a notificação e investigação dos casos de sífilis congênita nos municípios qualificados pela política de incentivo.

Estratégias

- Realizar 05 oficinas macro-regionais de capacitação em sífilis congênita.
- Editorar e distribuir material técnico/normativo sobre sífilis congênita para profissionais de saúde.
- Elaborar, editorar e distribuir dois boletins epidemiológicos/ano sobre sífilis congênita.
- Elaborar instrumento de monitoramento e avaliação em conjunto com coordenações estaduais para supervisão dos municípios.
- Integrar a Vigilância Epidemiológica com os Comitês de Investigação de Óbitos Fetais e Infantis Municipais para qualificar a vigilância da sífilis congênita e estabelecer o indicador de impacto *Mortalidade Perinatal por sífilis congênita*

Meta

Até março de 2005, finalizar estudo de prevalência das DST em populações selecionadas.

Estratégias

- Contratar epidemiologista para auxiliar na análise de dados do estudo de prevalências.

Meta

- Até dezembro de 2005, financiar projetos estratégicos relacionados às DST de interesse do PN-DST/AIDS.

Estratégias

- Avaliar projetos relacionados às DST encaminhados ao PN-DST/Aids.

Meta

- Até dezembro de 2005, apoiar, 100%, técnica e financeiramente a realização de eventos relacionados às DST, que sejam de interesse do PN-DST/Aids.

Estratégias

- Adquirir passagens aéreas, pagamento de diárias para deslocamento de pessoa(s) para participação em evento(s) regionais e nacionais
- Participar na adequação de conteúdo programático dos eventos, quando necessário.
- Enviar materiais técnico, normativo, educativo para os eventos.

Meta

- Até dez/2005, ter pelo menos dois representantes de todas as redes da sociedade civil, envolvidas com HIV/aids para mobilizar e desenvolver ações relacionadas ao controle das DST.

Estratégias

- Capacitar cinco lideranças, um representante de cada região, de cada rede prioritária da sociedade civil (Profissionais do sexo, transgêneros, HSH e UDI) em sexualidade, gênero, vulnerabilidade e prevenção das DST.
- Elaborar, produzir e distribuir materiais informativos e instrucionais sobre prevenção das DST elencadas com participação dos grupos específicos
- Articular para comprometimento de 100% dos PE a introduzir o tema DST na pauta dos conselhos de saúde estaduais e municipais.
- Apoiar/Estimular estados e municípios a elaborarem planos de ação de controle das DST prioritárias, incluindo a participação da sociedade civil.

Plano de ações e metas em articulação com a sociedade civil, em defesa de direitos humanos e na elaboração da política de inclusão social

Contexto para definição das metas em articulação com a sociedade civil, em defesa de direitos humanos e na elaboração da política de inclusão social

A defesa dos direitos humanos em aids como direito à saúde e à vida tem sua origem concomitante à da própria epidemia, incluído na Constituição Brasileira de 1988. Em última análise, pode-se dizer que as diretrizes e estratégias do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde no campo dos direitos humanos, em conjunto com todas as áreas de referência (prevenção, assistência, articulação com a sociedade civil, comunicação, epidemiologia e pesquisa, planejamento e avaliação, cooperação externa, desenvolvimento humano e institucional) se baseiam então nesse preceito constitucional expresso acima e em pelo menos dois outros. O artigo 1º, que de início destaca a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamento para consideração do Estado Democrático de Direito, no artigo 3º, que dispõe como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: “I – construir uma sociedade livre, justa e solidária” e em seu inciso IV: “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer formas de discriminação”.

Eixos de atuação

Direitos Humanos

- a) Melhoria da qualidade da assistência às pessoas vivendo com HIV e aids;
- b) manutenção da política de acesso universal aos medicamentos antiretrovirais;
- c) combate ao preconceito, estigma e discriminação;
- d) adequação do ordenamento jurídico, e

- e) a ampliação do saber científico no campo da mobilização e organização social.

Articulação com a sociedade civil

- a) fortalecimento das instâncias de controle social do SUS;
- b) estímulo à mobilização das OSC/Aids em torno de temas de saúde relacionados às DST/Aids; e
- c) sustentabilidade financeira, técnica e política das OSC/Aids no contexto da descentralização do financiamento, monitoramento e avaliação de suas atividades.

Objetivo

Reduzir os efeitos da vulnerabilidade social, individual e programática das pessoas expostas ao HIV/aids, em particular nos grupos populacionais mais vulneráveis, contribuindo para ampliação do acesso a direitos humanos, levando em consideração vetores de gênero, orientação sexual, raça/etnia, geração, bem como da condição de vida digna dos portadores de deficiência.

Estratégias

Duas grandes estratégias serão necessárias para atingir o objetivo geral e orientar as ações a serem desenvolvidas:

- Remover obstáculos que impeçam o acesso à saúde no contexto do direito, da cidadania e da vida digna;
- Promover ações que garantam o acesso à saúde no contexto do direito, da cidadania, da dignidade, do respeito às diversidades sexuais e da qualidade de vida.

Campos de Atuação

Na saúde

Atenção à saúde: adequação do acesso integral às especificidades de gênero, raça/etnia, faixa etária, orientação sexual, uso de drogas, privação de liberdade; abordagem e inserção do tema HIV/aids e questões éticas, considerando-se: direitos dos pacientes nos serviços, aspectos relacionados a saúde mental, legalidade de execução de atividades como teste rápido, aconselhamento e solicitação de exames por profissionais não-médicos; triagem sorológica em bancos de sangue e proteção ao receptor, incluindo procedimentos de busca ativa, colisão de interesses entre necessidade de triagem para gestantes e desejo da mesma; garantia de acesso à informação, insumos de prevenção e medicamentos, incluindo a discussão sobre propriedade intelectual; política de redução de danos; consideração dos direitos reprodutivos e direitos sexuais das pessoas vivendo com HIV e aids e dos Gays, Lésbicas e Transgêneros; (discriminação e culpabilização com mulheres soropositivas gestantes; redução da transmissão vertical para o HIV e sífilis; esterilização feminina; homoparentalidade); negação dos direitos reprodutivos e direitos sexuais de adolescentes, desigualdade de gênero e violência sexual e violência homofóbica como problemas de saúde pública;

Gestão participativa e controle social das políticas públicas no SUS: participação dos usuários e representações da sociedade civil em todos os níveis de formulação de políticas públicas; incentivo à inclusão do tema aids e direitos humanos na agenda dos secretários de saúde, coordenadores de DST/Aids e conselhos de saúde;

Redução da Violência, estigma e discriminação: violência policial e institucional contra populações mais vulneráveis como questão de saúde pública; saúde da população carcerária (masculina e feminina), considerando as questões relacionadas a raça/etnia, gênero, orientação sexual, redução de danos.

No trabalho e seguridade social

Direito ao trabalho: inclusão social, geração de renda, garantia de acesso a benefícios de assistência e previdência social a pessoas vivendo com HIV/Aids e

populações mais vulneráveis; Ética na triagem sorológica (concursos públicos e empresas privadas); ampliação da Convenção 111 da OIT e normatização protetiva ao trabalhador soropositivo; parceria com o Conselho Empresarial para implementação de políticas de prevenção junto a empresas privadas.

Direito à seguridade social: moradia, alimentação, saneamento básico como fatores determinantes e condicionantes da saúde, estando vinculada ao valor da vida digna, portanto, à garantia dos direitos humanos de pessoas vivendo com HIV/aids e populações mais vulneráveis, crianças e adolescentes portadores de hiv/aids e órfãos ou privados da convivência familiar em decorrência da epidemia, soronegativos para o HIV.

Comunicação

Direitos Humanos e Comunicação em Saúde: transversalidade do tema direitos humanos em materiais educativos e campanhas de comunicação – sensibilização, produção e monitoramento, promover a pauta de direitos humanos e Aids na mídia e incidir em casos de violações. Formatar sistema de informação (banco de dados, home-page) sobre demanda das Assessorias Jurídicas e acolhida de denúncias em direitos humanos e HIV/Aids.

Educação e Saúde

Educação para a cidadania em saúde: transversalidade do tema direitos humanos e aids em processos de educação continuada, de formação de profissionais de saúde e educação.

Cooperação Externa

Transversalidade do tema direitos humanos e aids e participação da sociedade civil na cooperação horizontal, PCI; GT/UNAIDS e ACI; Articulação em Conferências

Internacionais; Propriedade Intelectual e Medicamentos; habilitação de OSC brasileiras para atuação internacional.

Interfaces interministeriais e interinstitucionais

Ministério da Justiça: Secretaria Especial de Direitos Humanos e CNCD - Inclusão dos direitos humanos das PVHA e populações mais vulneráveis, bem como de interlocução para adoção de medidas preventivas relacionadas a direitos humanos.

Secretaria Especial de Políticas para Mulheres: Políticas públicas para as mulheres vivendo com HIV/Aids e grupos mais vulneráveis com recorte de gênero, raça/etnia, deficiência, orientação sexual e de atenção à saúde em casos de violência sexual em HIV/DST/Aids.

Ministério da Educação: Formação acadêmica de educadores e profissionais de saúde sobre HIV/Aids; prevenção nas Escolas; educação com enfoque em direitos sexuais/sexualidade/orientação sexual e direitos reprodutivos como direitos humanos.

Ministério do Trabalho: Ampliação da Convenção 111 da OIT e normatização protetiva ao trabalhador soropositivo; discriminação e exclusão no mercado de trabalho.

Ministério das Relações Exteriores: Acordos e convenções internacionais; patentes e propriedade intelectual.

Secretaria Especial de Políticas para Inclusão Racial: Grupo de trabalho interministerial para formular um plano de ação para a população negra e DST/aids.
Projeto Brasil Afroatitude

FUNAI: Política de Saúde Indígena

SENAD: Política de redução de danos

Frentes Parlamentares HIV/Aids: Proposições legislativas (análise, priorização e pareceres); inclusão social, acesso a medicamentos, discriminação e estigma em relação à epidemia de aids e às pessoas vivendo com HIV e aids, em especial às populações mais vulneráveis.

Articulação com a Sociedade Civil

OSC/Aids: Discriminação e estigma; fortalecimento das organizações da sociedade civil que trabalham com o tema aids e, em especial, com as pessoas vivendo com HIV e aids; assessorias jurídicas.

Organizações de grupos mais vulneráveis, Redes e grupos/instituições que trabalham com as mesmas populações: Discriminação e estigma; fortalecimento das organizações da sociedade civil que trabalham com o tema aids, e em especial com as pessoas vivendo com HIV e aids; assessorias jurídicas.

Outros Movimentos Sociais: Discriminação e estigma; fortalecimento do trabalho com o tema aids e direitos humanos, e em especial com as pessoas vivendo com HIV e aids.

Comissões e Comitês do PN-DST/Aids com participação da sociedade civil: Discriminação e estigma; fortalecimento do trabalho com o tema Aids e Direitos Humanos, e em especial com as pessoas vivendo com HIV e aids.

Conselheiros de Saúde e entidades de classe da área de saúde: fomento a parcerias com entidades de classe para mobilização de profissionais de saúde no campo da defesa do direito à saúde como direito humano das pessoas vivendo com HIV e aids.

Articulação com Secretarias de Saúde

GT Descentralização: agenda de DDHH nos estados e municípios; solução de controvérsias no campo dos direitos em nível local; manutenção dos projetos de assessoria jurídica com recursos do PAM.

PDGD: inclusão do tema direitos humanos na capacitação dos coordenadores estaduais e municipais.

Comissões Técnicas, Comitês Assessores e Conselhos de Saúde: Discriminação e estigma; fortalecimento do trabalho com o tema Aids e Direitos Humanos, e em especial com as pessoas vivendo com HIV e aids.

Plano de ações e metas em pesquisas e desenvolvimento tecnológico em HIV/aids e outras DST

Contexto para definição das metas pesquisas e desenvolvimento tecnológico em HIV/aids e outras DST

Este plano de metas tem por objetivo orientar a ação governamental em HIV/aids e outras DST na articulação entre os diferentes atores envolvidos nas ações de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção: comunidade científica e tecnológica nacional e internacional, segmento empresarial, gestores e profissionais de saúde e sociedade civil.

No mundo contemporâneo, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico são cruciais para o desenvolvimento econômico e social, gerando novos conhecimentos e possibilitando novas tecnologias para o enfrentamento das desigualdades sociais e das epidemias e pandemias globais a elas relacionadas, como HIV/aids e outras DST.

A opção por uma estratégia que confira prioridade à pesquisa e desenvolvimento tecnológico neste campo possibilitará ao Brasil reduzir sua dependência na pesquisa e desenvolvimento de insumos estratégicos para o enfrentamento da epidemia, como fármacos e medicamentos, vacinas e microbicidas, *kits* para diagnóstico e monitoramento e preservativos.

Além de possibilitar mecanismos que assegurarão condições de negociação menos assimétricas com os países centrais e com as empresas multinacionais, esta estratégia de fortalecimento da capacidade nacional em pesquisa e desenvolvimento certamente contribuirá para uma melhor qualidade das atividades de prevenção e assistência no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta perspectiva, a produção científica e tecnológica não pode mais ser encarada como um bem inacessível, restrito ao espaço acadêmico das universidades e institutos de pesquisa. O principal desafio é conseguir torná-la rapidamente um bem social, estimulando a imediata incorporação dos seus resultados, evitando que estes se limitem a relatórios de pesquisa, teses e publicações, e estimular a transferência de tecnologia, estabelecendo o necessário fluxo entre pesquisa, desenvolvimento tecnológico, produção e incorporação ao SUS.

Esta visão da produção científica e tecnológica como um patrimônio da sociedade, que não se reduz à sua dimensão competitiva no mercado, é coerente com os princípios que fundamentam a Constituição Federal e a Reforma Sanitária brasileira.

O desafio está, portanto, em conceber uma política de pesquisa e desenvolvimento tecnológico que tenha repercussão e impacto social, através de parcerias diversas com a comunidade científica e tecnológica nacional e internacional, por meio de redes colaborativas de pesquisa, com organizações da sociedade civil e com organismos internacionais.

Esta política deverá estabelecer a adequada gestão do processo inovador em HIV/aids e outras DST, estimulando e fortalecendo a competência nacional nesta área, assegurando a adequada divulgação dos resultados dos estudos, pesquisas e outras formas de conhecimento no País, o que possibilitará a efetiva aplicação da produção científica e tecnológica na melhoria das condições e qualidade de vida da população brasileira.

Ações Prioritárias para 2005

- Reduzir a forte dependência de tecnologias e insumos importados/ patenteados, como medicamentos e insumos para diagnóstico e monitoramento;
- Superar a dificuldade para realização de testes diagnósticos em regiões de difícil acesso;

- Promover a necessária articulação entre centros de pesquisa e serviços que permita a realização de pesquisas clínicas para testes com insumos estratégicos para o enfrentamento da epidemia;
- Superar a situação atual de carência de informações articuladas (epidemiológicas, clínicas, comportamentais e sociais) sobre as especificidades das regiões Norte e Nordeste;
- Superar a lacuna no que se refere a avaliações de custo-efetividade das ações desenvolvidas pelo nível central e pelos níveis locais;
- Desenvolver mecanismos de disseminação de informações que propiciem efetiva incorporação dos resultados de estudos e pesquisas à tomada de decisões nos vários níveis de gestão.

Metas em desenvolvimento científico e tecnológico

Fortalecimento da capacidade de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico

Ter desenvolvido junto aos laboratórios farmacêuticos oficiais e empresas nacionais 4 Medicamentos ARV (EFZ, LPV/r, TDF e NFV), 3 associações (dose fixa combinada) de ARV e 4 medicamentos usados em infecções oportunistas (Pirimetamina, Ácido Folínico, Fluconazol e Ganciclovir).

Esta meta permitirá a redução da dependência nacional em fármacos e medicamentos essenciais, evitando futuras crises de abastecimento.

Implantar a Rede de Cooperação Tecnológica em HIV e Aids

Esta Rede, composta por 7 países (Brasil, China, Rússia, Ucrânia, Nigéria, Tailândia e Cuba), permitirá a cooperação internacional em questões estratégicas envolvendo desenvolvimento tecnológico de insumos (vacinas, microbicidas, fármacos e medicamentos, *kits* para diagnóstico e monitoramento e preservativos) e será um instrumento importante para fortalecimento da Cooperação Sul-Sul em temas sensíveis como propriedade intelectual e transferência de tecnologia entre países em desenvolvimento.

Ter validado 3 metodologias de utilização de papel de filtro para monitoramento da infecção pelo HIV (CD-4, Carga Viral e Genotipagem).

Estas metodologias permitirão avanços significativos no monitoramento da infecção pelo HIV.

Ter padronizado e validado em 3 laboratórios de genotipagem a metodologia in house de insumos e reagentes para genotipagem

A padronização e a validação desta metodologia permitirão avanços importantes na genotipagem.

Ter finalizado o desenvolvimento do kit nacional para CD4

A conclusão do desenvolvimento do *kit* nacional para CD4 representará uma realização importante, fortalecendo a capacitação do País nesta área e reduzindo a dependência de insumos importados.

Realizar Chamada de Pesquisa Clínica

Foram identificadas lacunas importantes na área de Pesquisa Clínica em HIV/aids e outras DST e estão sendo realizadas consultas a especialistas no País para identificação de linhas temáticas objetivando o lançamento desta chamada.

Realizar Chamada de Pesquisa Básica

Identificou-se a necessidade de realizar Chamada de Pesquisa Básica orientada para o desenvolvimento de insumos estratégicos (como vacinas, microbicidas, fármacos e medicamentos).

Realizar Chamada de Pesquisa (epidemiológica, clínica, comportamental e social) para as regiões Norte e Nordeste

A peculiaridade dos problemas das regiões Norte e Nordeste (pobreza absoluta, dispersão espacial, acesso a serviços etc.) exigirá Chamadas específicas para estas regiões.

Realizar Chamada de Pesquisa sobre Custo/Efetividade das Intervenções (Prevenção, Assistência) e dos medicamentos ARV

Estudos de custo/efetividade em HIV/aids e outras DST representam uma importante lacuna na pesquisa no País que esta Chamada visa a superar.

Realizar Chamada de Pesquisa em Modelagem Matemática em DST/HIV/Aids

A necessidade de estimular estudos voltados à projeção de cenários confiáveis sobre as tendências da epidemia e sobre a disponibilidade de serviços e insumos justifica a importância desta Chamada.

Realizar Chamada de Pesquisa Tecnológica em DST/HIV/Aids

A importância do apoio à atividade de pesquisa direcionada ao desenvolvimento de novas tecnologias, como vacinas, fármacos e testes de diagnósticos e monitoramento, justifica a importância desta Chamada.

Realizar Chamada de Pesquisa Epidemiológica em DST/HIV/Aids

Esta Chamada visa a apoiar a realização de estudos e pesquisas em epidemiologia (estudo nacional da mortalidade por HIV/aids; estudo nacional para avaliação da sobrevivência de adultos vivendo com HIV/aids; estudo de avaliação da sobrevivência de crianças vivendo com HIV/aids; estudo da prevalência do HTLV na amostra de parturientes no nível nacional; estudo da prevalência de HIV na população geral, por sexo, no nível nacional; estudo de prevalência das DST em populações selecionadas).

Desenvolvimento e produção no País de novos insumos estratégicos

O desenvolvimento e a produção de insumos estratégicos para o enfrentamento da epidemia, como vacina nacional anti-HIV e microbicidas, fármacos e medicamentos, kits para diagnóstico e monitoramento e preservativos possibilitará o fortalecimento da competência nacional nesta área.

Fortalecimento do Gerenciamento do Programa

Credenciar Centros de Referência em Pesquisa Clínica

Está sendo retomado pelo PN-DST/AIDS o processo de credenciamento dos Centros de Referência em Pesquisa Clínica, com definição de procedimentos através de processo competitivo, Chamada Pública.

Realizar Chamada de Pesquisa Operacional e Avaliativa

Pesquisas Operacionais e Avaliativas representam uma importante lacuna nas atividades de gestão e na pesquisa em serviços que esta Chamada visa a superar. Estão previstos estudos avaliativos diversos, como a avaliação da satisfação do usuário com o atendimento nos serviços voltados à atenção das DST e HIV/aids, entre outros.

Organização do suporte tecnológico para pesquisas em DST/HIV/Aids

Para esta organização do suporte tecnológico a pesquisas, está prevista a Identificação de Centros de Excelência que atuariam no suporte a ações relacionadas ao desenvolvimento científico e tecnológico em DST/HIV/aids no País (Bioinformática, Criopreservação, Modelagem Matemática, Gerenciamento de Banco de Dados).

Elaborar o Plano Estratégico de Vacinas em HIV/Aids

Este Plano deverá conter, além de um Plano de Metas a Curto, Médio e Longo Prazos, para pesquisa e desenvolvimento tecnológico, uma definição dos papéis dos principais agentes envolvidos nos diferentes níveis (Ministério da Saúde/PN-DST/AIDS; Comitê Nacional; Organizações Não-Governamentais).

Elaborar o Plano Estratégico de Fármacos e Medicamentos em HIV/Aids e outras DST

Este Plano deverá conter, além de um Plano de Metas a Curto, Médio e Longo Prazos para pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção, uma definição dos papéis dos principais agentes envolvidos nos diferentes níveis (Ministério da Saúde/PN-DST/AIDS; Comitê Assessor de Desenvolvimento Tecnológico, Organizações Não-Governamentais e Setor Privado).

Elaborar o Plano Estratégico de Kits para Diagnóstico e Monitoramento em HIV/Aids e outras DST

Este Plano deverá conter, além de um Plano de Metas a Curto, Médio e Longo Prazos para pesquisa e desenvolvimento tecnológico e produção, uma definição dos papéis dos principais agentes envolvidos nos diferentes níveis (Ministério da Saúde/PN-DST/AIDS; Comitê Assessor de Desenvolvimento Tecnológico; Organizações Não-Governamentais e Setor Privado).

Elaborar o Plano Estratégico de Preservativos

Este Plano deverá conter, além de um Plano de Metas a Curto, Médio e Longo Prazos, para pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção, uma definição dos papéis dos principais agentes envolvidos nos diferentes níveis (Ministério da Saúde/PN-DST/AIDS; Comitê Assessor de Desenvolvimento Tecnológico; Organizações Não-Governamentais e Setor Privado).

Gerenciamento do Projeto

Desenvolver Sistema de Informação sobre Produção Científica e Tecnológica no País

A construção de um Sistema integrado de Informação Científica e Tecnológica em HIV/aids e outras DST com as informações sobre projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico apoiados pelo PN-DST/AIDS e outras agências de fomento no País, é uma prioridade e importante lacuna a ser superada.

Realizar Oficinas sobre incorporação de resultados de pesquisas já concluídas no País, com apoio do PN e outras agências de fomento, sobre a transmissão vertical do HIV, da Sífilis congênita e do HTLV

Estas oficinas permitirão apresentar cientificamente os relatórios de pesquisa e assegurar o debate entre as diferentes instâncias envolvidas sobre a incorporação de seus resultados.

Caracterizar e capacitar núcleos de pesquisa em unidades do SUS para futuros testes com insumos estratégicos

Os protocolos, em geral contratados pelos laboratórios de empresas farmacêuticas multinacionais, dizem respeito às prioridades dos próprios contratantes, não levando em conta, na maioria das vezes, as prioridades do SUS. A capacitação de núcleos de

pesquisa em Unidades do SUS visa a contribuir para uma maior adequação dos protocolos de pesquisa clínica a estas prioridades.

Apoio à Capacitação de Recursos Humanos em Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

O apoio à capacitação de recursos humanos em áreas estratégicas (bioinformática, boas práticas clínicas, criopreservação, entre outras) permitirá o fortalecimento das atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em HIV/aids e outras DST no País.

Plano de ações e metas em gestão

contexto para definição das metas em gestão

A partir de 2001, o Programa Nacional de DST e Aids passou a buscar novas alternativas para o enfrentamento da epidemia, objetivando a sua expansão para as cidades do interior dos estados, além dos 150 municípios que já participavam do Projeto Aids I e II.

As mudanças nas formas de financiamento das ações de controle da epidemia, com a proximidade de finalização do Projeto Aids II, passavam a exigir a formulação de propostas mais sintonizadas com as diretrizes e os processos políticos e administrativos implementados pelo Sistema Único de Saúde, principalmente visando a sustentabilidade das ações em HIV/aids e outras DST.

Buscou-se, ainda, uma maior descentralização e maior integração com as diferentes instâncias do SUS, tanto internamente ao Ministério da Saúde quanto com outras esferas de governo e organizações da sociedade civil (OSC).

Com base nos recursos disponíveis e nos critérios e mecanismos de financiamento do SUS, optou-se pela forma de Incentivo, uma vez que se tratava de recursos adicionais aos já recebidos pelos níveis estadual e municipal, que deveriam ser aplicados na capacitação e na qualificação das ações e dos serviços em HIV/aids e outras DST.

O conjunto de 390 municípios selecionados inicialmente foi alvo de apreciação dos gestores estaduais e municipais nas CIB (Comissão Intergestores Bipartite) que poderiam acrescentar outros, de importância estratégica, contanto que considerassem os critérios previamente estabelecidos. Deste modo, foram indicados mais 21 municípios, totalizando um grupo de 411 que, potencialmente, estariam aptos aos recursos do incentivo.

Os 411 municípios selecionados devem cumprir um conjunto de requisitos, indicados na Portaria n.º 2313, de dezembro de 2002, que cria e institui o Incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST e Aids, seguida da Portaria n.º 2314, também de dezembro de 2002, que estabelece as Normas Técnicas para elaboração do Plano de Ações e Metas (PAM) – que representa a programação anual detalhada do que se pretende realizar no ano. O PAM reflete o compromisso do Gestor de Saúde para com o enfrentamento da epidemia em seu território e é exigência para a qualificação ao Incentivo.

O valor do Incentivo, como fonte do governo federal, foi previsto em R\$ 100 milhões/ano, sendo R\$ 90,0 milhões/ano para os 26 estados, Distrito Federal e 411 municípios e R\$ 10 milhões/ano que devem ser repassados para as Organizações da Sociedade Civil (OSC). Ficou definido também que o repasse às OSC seriam de responsabilidade dos estados.

A Portaria n.º 2313, de dezembro de 2002, institui a Política de Incentivo como nova prática de financiamento das ações em HIV/aids e outras DST, com efeito financeiro a partir de fevereiro de 2003.

Com a implementação dessa nova Política o PN-DST/AIDS incorporou-se, de forma definitiva, aos mecanismos regulares de financiamento, gerenciamento e administrativos do SUS.

Processo de qualificação de estados e municípios

Dos 411 municípios selecionados, foram qualificados 410 até dezembro de 2004, com exceção de Esteio que foi excluído, por pactuação e homologação da CIB do estado do Rio Grande do Sul. Em função da necessidade de descentralização de ações por alguns estados, foram qualificados mais 7 municípios, totalizando, então, 417 municípios.

Desta forma, com a qualificação dos 27 estados e dos 417 municípios, a cobertura populacional da Política de Incentivo é de 97,17%, e a cobertura de casos aids é de 98,09%.

Tabela 01: Demonstrativo de Valor do Incentivo repassado por Região

Região	Valor Repassado em 2004 (em R\$)
CENTRO-OESTE	7.850.438,72
NORDESTE	19.687.108,26
NORTE	5.804.691,18
SUDESTE	52.393.335,90
SUL	19.226.217,95
TOTAL	104.961.792,01

Em 2004, o teto do Incentivo passou de R\$ 100 milhões/ano para R\$ 111,3 milhões/ano, mediante a publicação da Portaria MS 2129 de novembro 2003. Esse aumento foi em função da correção em 33% dos recursos do Incentivo para estados e municípios da região Norte e Nordeste, atendendo ao pleito dos gestores de saúde e do aumento do valor mínimo de todos os municípios novos do incentivo, passando de R\$ 50 mil para R\$ 75 mil. A seguir os novos valores do Incentivo por Região.

Tabela 02: Demonstrativo do valor do Incentivo por Região

REGIÃO	VALOR INCENTIVO INICIAL - 2003	VALOR INCENTIVO ATUAL
CENTRO-OESTE	7.566.238,47	7.922.407,30
NORDESTE	17.391.340,20	22.693.089,39
NORTE	5.195.485,41	6.768.518,69
SUDESTE	51.201.836,06	54.116.832,89
SUL	18.645.099,86	19.806.786,25
TOTAL	100.000.000,00	111.307.634,52

Soma-se aos R\$ 111,3 milhões o valor adicional de R\$ 2.480.000,00/ano, destinados à aquisição e distribuição de fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, que são parte integrante da Portaria n.º 2313, de dezembro de 2002. Essa Portaria n.º 2313 foi reformulada pela Portaria n.º 1071, de julho de 2003, e passa a facultar, também, aos municípios o pleito do valor adicional da fórmula infantil. A pactuação entre estados e municípios ocorre na CIB, momento em que são estabelecidas as parcelas de repasse de recursos.

Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo

Considerando a necessidade de garantir a transparência no uso dos recursos financeiros e de verificação da capacidade de gastos dos gestores de saúde, sempre associada à qualidade da resposta local para o enfrentamento da epidemia, foram instituídas pela Portaria nº 1.679, de 13 de agosto de 2004, normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de DST e Aids.

O Sistema de Monitoramento é realizado mediante o acompanhamento da evolução de cinco eixos prioritários:

1. Acompanhamento da Evolução das Metas Programadas no Plano de Ações e Metas (PAM);
2. Acompanhamento da Evolução dos Indicadores e Índice Composto de DST;
3. Acompanhamento da Evolução da Execução dos Recursos Financeiros;
4. Acompanhamento do Estabelecimento de Parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSC);
5. Acompanhamento do Cumprimento das Pactuações para a disponibilização de insumos estratégicos homologadas em CIB. A evolução da execução dessas pactuações será verificada para medicamento de Infecções Oportunistas (IO), medicamentos para DST e também para preservativos masculinos.

Outras atividades do contexto do processo de gestão

Condução dos processos de pactuação com representações de estados, de municípios e de outros setores do MS: Conforme a legislação do SUS, as políticas públicas de saúde devem ser sempre pactuadas entre os gestores dos três níveis de governo. Nas questões que afetam as políticas voltadas ao controle da epidemia de aids, da infecção pelo HIV e outras DST, a ASPLAN tem sido a representação do PN junto à Comissão Intergestores Tripartite. É nesta instância que se deu a pactuação da Política de Incentivo, da Fórmula Infantil, do Sistema de Monitoramento, do Financiamento de Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/Aids e da Política de Financiamento para Expansão da Rede de Diagnóstico da Infecção pelo HIV, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Coordenação do Grupo da Região Norte: Com o objetivo de melhorar a qualidade da resposta ao HIV/aids e outras DST desta região, foi criado no Programa Nacional um Grupo com representantes de todas as Unidades/Assessorias para elaborar Plano de Trabalho específico, buscando efetivar respostas que contribuam para a melhoria do desempenho das ações de prevenção, assistência e desenvolvimento institucional no contexto das DST e aids nesta região.

Coordenação do Grupo de Análise dos PAM Estaduais: Conforme pactuado entre Programa Nacional, estadual e municipal ficou de responsabilidade do PN-DST/AIDS a revisão dos PAM estaduais. Como a Política de Incentivo é um processo recente de financiamento, ainda se faz necessário a adequação das metas para o monitoramento, conforme o modelo SMART (Específica, Mensurável, Apropriada, Realista e Temporalidade). Desta forma, foi criado um Grupo de Análise e Revisão dos Planos de Ações e Metas Estaduais (PAM) de 2004, com representantes das Unidades de Prevenção, Diagnóstico, Assistência e Tratamento (UDAT), Desenvolvimento Humano e Institucional (UDHI), Epidemiologia (UEPI), Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos (SCDH), coordenado pela ASPLAN.

Acompanhamento das Qualificações de Estados e Municípios: Que compreende o momento da elaboração do PAM por estados e seus municípios até a data de homologação na CIT, inclusive do pleito da fórmula infantil. Todas as etapas deste processo são acompanhadas pela ASPLAN;

Assessoria a estados e municípios: Quanto à elaboração/construção do Plano de Ações e Metas, bem como na construção de metas SMART e também quanto aos aspectos legais aplicáveis, com o objetivo de resguardar a gestão e dar transparência à aplicação dos recursos;

Elaboração e Acompanhamento do PPA: Plano Plurianual de Ação do Programa Nacional no SIGPLAN – Sistema Informatizado de Planejamento, do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão que tem por finalidade monitorar o alcance dos indicadores selecionados e das metas previstas para cada uma das seis Ações do Programa Nacional de DST e Aids, enquanto política de governo;

Elaboração e Monitoramento das Metas do PAT – Plano Anual de Trabalho da SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do MS –, que tem por finalidade acompanhar a evolução das metas propostas para o exercício vigente e das principais atividades que compõem estas metas.

Elaboração e Acompanhamento da proposta Orçamentária: Compete à ASPLAN a coordenação da elaboração da proposta orçamentária, em conjunto com Unidades/Assessorias do PN-DST/AIDS e com as áreas de planejamento e orçamento da SVS e do Ministério da Saúde.

Metas propostas para o aprimoramento do gerenciamento do PN-DST/AIDS

Ter incluído na Política de Incentivo os 20 principais municípios de fronteira do país, no exercício de 2005 - Esta meta visa a atender a demanda dos gestores de saúde destes municípios e também por serem, dado a referência geográfica, municípios estratégicos para o enfrentamento do HIV/aids e outras DST;

Ter mantido a cobertura mínima de 90% dos casos de aids notificados no país com a Política de Incentivo, no exercício de 2005 - Esta meta tem por objetivo permitir a inclusão imediata de municípios que apresentem aumento de casos de aids, aumento da velocidade da incidência de casos e que sejam considerados estratégicos pelos gestores de saúde. Hoje, dos 5.560 municípios brasileiros temos cerca de 4.000 com pelo menos 1 (um) caso de aids;

Ter aumentado de R\$ 10,0 milhões/ano para R\$ 22,0 milhões/ano os recursos da Política de Incentivo destinados às OSC, no exercício de 2005 - Esta meta visa atender às demandas dos estados no processo de descentralização dos recursos federais do PN-DST/AIDS possibilitando a melhoria da resposta ao HIV/aids e outras DST, construída em parcerias com as OSC;

Ter os 26 estados, o Distrito Federal e os 417 municípios já qualificados na Política de Incentivo, alimentando o Sistema de Monitoramento, no exercício de 2005 – Esta meta visa cumprir as normas estabelecidas pela Portaria nº 1679 e instrumentalizar os gestores das três instâncias de governo nas tomadas de decisão para a melhoria da qualidade da resposta ao HIV/aids e outras DST.

Plano de ações e metas em monitoramento e avaliação

Contexto em monitoramento e avaliação

No atual contexto, a formulação e implementação de uma política nacional de avaliação para o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) é um processo em construção, que vem ao encontro dos grandes objetivos que estruturam o Projeto Aids III e ao esforço contínuo dos grupos e profissionais que se têm empenhado na institucionalização da avaliação do e no programa brasileiro.

No segundo semestre de 2002, o PN-DST/AIDS revitalizou a discussão da avaliação e de seu lugar nos ajustes organizacionais do PN, tendo sido constituído um grupo matricial responsável pela sistematização da experiência acumulada e pelo seu re-direcionamento. No início de 2003, foi recriada a Área de Avaliação, localizada hierarquicamente dentro da Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV). No final de 2004 tornou-se uma assessoria do PN e vem recebendo o apoio técnico e financeiro do *Centers for Disease Control and Prevention, Global Aids Program* (CDC/GAP), especialmente do CDC/GAP-Brasil. O CDC/GAP traz consigo outros parceiros, como a Universidade de Tulane, a Universidade de São Francisco e a NASTAD (*National Alliance of State and Territorial Aids Directors*).

A prioridade imediata é a institucionalização tanto do monitoramento como da avaliação em nível nacional, priorizando estratégias que institucionalizem o monitoramento e a avaliação (M&A) como objeto e ferramenta de gestão visando a agilizar a tomada de decisão inteligente e viabilizar o controle social, e focando na melhoria do programa. Como estratégia, optou-se pela construção de um Plano Nacional de Avaliação para o nível nacional, por desenvolver atividades capacitadoras de técnicos dos diferentes níveis em M&A e pela implantação de cinco sítios de excelência em avaliação.

O Plano Nacional de Avaliação (PNA) está em processo de finalização e vai privilegiar, basicamente, o monitoramento de impacto e resultados. Os indicadores que compõem o PNA foram desenvolvidos e estão dispostos no Monitoraids. Outrossim, quando houver indicação, serão realizados estudos avaliativos aprofundados. Alguns estudos de avaliação já foram propostos e/ou realizados: da Implantação do Projeto de Distribuição de Preservativos em Escolas (terminado); do SINAN (proposto); da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis (Projeto Nascer) (em andamento); das Campanhas de Carnaval e do Fique Sabendo (terminado); da Dispensação de Anti-retrovirais (em andamento), do Plano de Ações e Metas do Incentivo Fundo a Fundo (proposto); dos indicadores da UNGASS (terminado); e Econômica da Implementação dos Testes Rápidos (terminado).

Além dessas propostas de avaliação, foi desenvolvido o Sistema de Monitoramento das Metas de Produto e de Indicadores Relacionados à Política de Incentivo no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e Outras DST, com o objetivo de gerar subsídios indispensáveis à retro-alimentação do processo de planejamento dos PAM e à tomada de decisões.

Para subsidiar as ações do PN, foi desenvolvida uma Pesquisa sobre o Conhecimento, Práticas e Comportamentos de Vulnerabilidade Relacionados à Infecção pelo HIV e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis na População Brasileira de 15 a 54 anos (PCAPBR-04).

Além do PNA, as diversas áreas do PN-DST/AIDS terão planos específicos, voltados principalmente para o monitoramento de insumos e produtos. Esses planos serão desenvolvidos juntamente com os pontos focais de avaliação nas áreas, que no conjunto formam a rede interna de avaliadores (RIA).

Sendo uma das prioridades do PN-DST/AIDS consolidar um sistema de M&A, isso cria a necessidade de fomentar a capacitação de recursos humanos nessa área nos vários níveis de governo. Essa capacitação contempla as informações e ferramentas necessárias para o acompanhamento e a melhoria dos programas de DST/aids e tem duas estratégias: a capacitação de longo e a de curto prazo.

A de longo prazo é o Curso de Pós-Graduação (Especialização e Mestrado Profissionalizante) em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com ênfase em DST/HIV/aids, que está sendo desenvolvido e coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz, em parceria com o PN-DST/AIDS e com o CDC/GAP. Terá a duração de um ano, para a Especialização e de 18 meses para os alunos que forem para o Mestrado. Conta com a participação de 29 técnicos de programas de DST/aids dos três níveis, onde dez são do nível federal.

A capacitação de curto prazo é Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa e foi construída, principalmente, com o objetivo de estabelecer uma linguagem padronizada em M&A para programas de DST/aids, incorporando as atividades de M&A como um componente técnico de sua rotina. Essa oficina tem a duração de dois dias. Ainda neste ano, ocorrerá uma oficina para o treinamento de treinadores para a formação de um banco de multiplicadores que estará disponível no *site* e que possam ser demandados pelos diversos parceiros do PN-DST/AIDS.

A última estratégia escolhida foi a implantação de cinco sítios de excelência em M&A. Espera-se desses sítios o efeito demonstrativo e multiplicador das atividades de M&A. Foram estrategicamente escolhidos de acordo com as diferentes respostas à epidemia de HIV/aids/DST e estão localizados um em cada uma das cinco grandes regiões brasileiras. Para melhor entender o desafio da implantação das atividades de M&A nos diversos cenários de complexidade da resposta à epidemia dos estados e municípios, a escolha estratégica dos sítios de excelência buscou representar estados e municípios nas cinco regiões brasileiras. Optou-se por dois estados e três municípios, a saber: Pernambuco, o Estado de São Paulo, Manaus, Curitiba e Campo Grande.

Esses sítios fazem parte, também, da iniciativa conjunta de *twinning* entre o Brasil e os Estados Unidos, que conta com a parceria da NASTAD (*National Alliance of State and Territorial Aids Directors*) para coordenar e facilitar sua implementação. Essa iniciativa tem como objetivo principal fomentar e facilitar troca de experiências em saúde pública entre programas de controle de DST/HIV/aids, focadas em atividades de Monitoramento e Avaliação (M&A). Inicialmente, esperamos que exista a priorização

de M&A de programas de prevenção, focado em populações mais vulneráveis; do fortalecimento dos sistemas de monitoramento; e da capacitação de recursos humanos. Foram escolhidos os estados e cidades que participam dessa parceria nos Estados Unidos: os Estados de Massachusetts e Nova Iorque e as cidades de Nova Orleans, Laredo e São Francisco.

Metas propostas em monitoramento e avaliação

Principal diretriz relacionada às metas

Melhoria da gestão/sustentabilidade

I - Capacitação em M&A

Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa (12h)

Metas:

- Até março, ter publicado os manuais do aluno e do facilitador;
- Até abril, ter realizado pelo menos uma oficina para a capacitação de facilitadores;
- Até dezembro, ter realizado pelo menos uma oficina em cada um dos cinco sítios de excelência.

Curso de Monitoramento e Avaliação com Foco na Melhoria do Programa (a distância, 120h)

Metas:

- Até novembro, ter desenvolvido um curso de M&A de média duração (120h) utilizando metodologia de ensino à distância;
- Até dezembro, ter publicado o material de apoio do curso.

Curso de Pós-Graduação (Especialização e Mestrado Profissionalizante) em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com Ênfase em DST/HIV/Aids.

Metas:

- Até março, ter formado pelo menos 25 alunos na fase de Especialização;
- Até julho, ter publicado o Manual do Curso;
- Até setembro, ter iniciado a segunda turma do curso;
- Até dezembro, ter formado pelo menos cinco alunos na fase de Mestrado Profissionalizante.

Atualização sobre amostragem de populações de difícil acesso

Metas:

- Até julho, ter realizado uma oficina sobre metodologia para as equipes responsáveis pelas pesquisas que forem selecionadas dentre as apresentadas pelos alunos do Curso de Amostragem;
- Até dezembro, ter realizado uma oficina sobre análise para as equipes responsáveis pelas pesquisas que forem selecionadas dentre as apresentadas pelos alunos do Curso de Amostragem.

Incorporação de geo-referenciamento nas atividades de M&A :

Metas:

- Até agosto, ter capacitado pelo menos três técnicos PN-DST/AIDS na utilização de GIS (Sistemas de Informações Geográficas);
- Até março, ter adquirido um *software* de geo-referenciamento

II – Descentralização das atividades de M&A

Sítios de excelência

Metas:

- De janeiro a dezembro, ter pelo menos cinco técnicos contratados para dar apoio às atividades de M&A;
- Até março, ter realizado uma reunião com os cinco sítios para o planejamento das atividades de M&A;

- Até julho, ter equipado os cinco sítios de excelência e o PN DST/AIDS com aparelhos de teleconferência;
- Até agosto, pelo menos um dos sítios tenha o seu plano local de avaliação elaborado;
- Até dezembro, ter financiado pelo menos dois projetos estratégicos de M&A relacionados às experiências de *twinning*.

M & A no PN-DST/AIDS

Metas:

- De janeiro a dezembro, ter no mínimo quatro técnicos contratados pelo projeto CDC para dar apoio às diversas Unidades;
- Até novembro, pelo menos uma Unidade Técnica do PN, tenha desenvolvido, com o apoio da rede interna de avaliadores, o seu plano de M&A;
- Até dezembro, ter implantado a Secretaria da Rede Nacional de Avaliadores em HIV e Aids.

III - Projetos estratégicos para a melhoria dos sistemas de M&A

MONITORAIDS

Meta:

- De janeiro a dezembro, ter pelo menos dois técnicos do CICT contratados para a manutenção do MONITORAIDS.

Pesquisas estratégicas para a melhoria de M&A

Meta:

- Até julho, ter iniciado uma pesquisa para o desenvolvimento de método alternativo para a estimação da prevalência do HIV em mulheres utilizando dados de rotina do pré-natal;

Pesquisas estratégicas para a melhoria de M&A

Metas:

- Até agosto, ter iniciado pelo menos duas pesquisas com populações de difícil acesso visando à internalização do uso de *Respondent Driven Sampling* (RDS) e *Time Space Sampling* (TSS);
- Até dezembro, ter concluído uma pesquisa multicêntrica com pacientes em TARV em pelo menos três sítios de excelência, visando ao melhor conhecimento dessa população;
- Até dezembro, ter financiado pelo menos dois projetos estratégicos para a melhoria dos sistemas de M&A.

IV - Divulgação das atividades de M&A

Metas:

- Até abril, ter publicado um livro com as análises das informações da PCAP 2004 do nível nacional e dos cinco sítios de excelência;
- Até junho, ter publicado um livro sobre a experiência do PN-DST/AIDS na adoção de política baseada em evidência: testes rápidos;
- Até junho, ter realizado um seminário para divulgação dos resultados da avaliação das atividades de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis;
- Até dezembro, ter publicado um livro com relato do estudo de caso sobre a experiência brasileira na implementação das atividades de M&A no PN-DST/AIDS.

V - Implementação da capacidade operacional da unidade de M&A

Metas:

- Até março, ter adquirido um *software* de análise econômica (*Treeage*)

Até julho, estar com acesso a, pelo menos, uma biblioteca virtual.

Plano de ações e metas em vigilância epidemiológica

Contexto para definição das metas em vigilância epidemiológica

Historicamente, a notificação compulsória, tanto dos casos de aids como de sífilis congênita, através do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis – SINAN, tem sido a principal fonte de informação sobre as características sociodemográficas, geográficas e epidemiológicas desses agravos no país. O SINAN tem por objetivo o registro e o processamento dos dados sobre todos os agravos de notificação compulsória em todo o território nacional, inclusive a aids e a sífilis congênita, além da notificação de gestantes HIV+, fornecendo informações para análise do perfil da aids, da gestante soropositiva e da sífilis congênita, contribuindo, desta forma, para subsidiar as ações de prevenção e assistência nos três níveis de governo.

Esse sistema foi instituído em 1996, idealizado para racionalizar o processo de coleta e transferência de dados de um nível administrativo o mais periférico possível, ou seja, a unidade de saúde, até o nacional. Em todo o país, adota-se a mesma definição de caso de aids, gestante HIV+ e sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica e a mesma ficha de investigação de casos. Preconiza-se que, em todas as instâncias, os dados aportados pelo SINAN sejam consolidados e analisados e que haja uma retroalimentação dos níveis que o precederam, além de sua redistribuição para o local de residência do paciente, objeto da notificação. No nível federal, os dados do SINAN são processados, analisados pela Unidade de Informação e Vigilância e divulgados através do Boletim Epidemiológico Aids/DST.

Além das notificações de casos de aids, de gestantes HIV+ e de sífilis congênita, estudos específicos, por amostragem da população-alvo, vêm sendo realizados, periodicamente. O Estudo entre Conscritos do Exército Brasileiro vem sendo realizado, periodicamente, desde 1996, numa amostra representativa dos jovens alfabetizados que se apresentam às Comissões de Seleção do Exército Brasileiro. Testagens

sorológicas são realizadas para HIV e sífilis e hepatites B e C, além da aplicação de questionário sobre comportamento, atitudes e práticas em relação às DST e à aids.

Outro estudo de grande importância é o Estudo-Sentinela Parturiente, realizado, também, periodicamente, numa amostra representativa das mulheres parturientes brasileiras, fornecendo informações quanto à prevalência do HIV, sífilis e hepatites B e C em parturientes, na população de 15 a 49 anos, além de informações sobre o acesso e qualidade da assistência pré-natal em relação à testagem de HIV e à sífilis. Recentemente, junto com a Unidade de Monitoramento e Avaliação do PN, vêm sendo realizados estudos em amostra da população brasileira, de 15 a 54 anos, de ambos os sexos, para monitoramento de comportamentos de vulnerabilidade relacionados à infecção pelo HIV e outras DST.

Sem dúvida, as informações obtidas pelas análises dos bancos de casos de aids (SINAN-Aids) têm contribuído para descrever a epidemia, tanto do ponto de vista sociodemográfico, geográfico, como epidemiológico, dando conta das principais tendências da epidemia no país. A aids, no Brasil, continua em patamares elevados, tendo atingido, em 2003, uma taxa de incidência de 18,4 casos por 100 mil habitantes, com estabilização entre os homens (incidência de 22,8 casos por 100 mil homens, em 2003) e persistente crescimento entre as mulheres (incidência de 14,1 casos por 100 mil mulheres, em 2003). É evidente o crescimento da epidemia para populações de menor condição socioeconômica, medida tanto pelo grau de escolaridade como pela categorização da ocupação como variáveis indicadoras da condição socioeconômica dos casos.

As populações mais atingidas pela epidemia foram os usuários de drogas injetáveis (UDI), onde se estimou taxa de 900 casos por 100 mil UDI no início da década de 90 e com queda importante desde então; e entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH), com taxas estimadas de cerca de 300 casos por 100 mil HSH em meados da década passada, mantendo uma certa estabilidade. As notificações nos permitem analisar o crescimento persistente entre as mulheres, com redução significativa da razão entre os sexos: de 16 homens para cada mulher para 1,6:1, em 2003, devido, principalmente, pelo aumento dos casos entre homens que fazem sexo

com mulheres. O aumento de casos em mulheres também refletiu no aumento da transmissão vertical do HIV, que, após um período de crescimento acelerado, vem apresentando tendência decrescente após a introdução das medidas preventivo-assistenciais para as gestantes HIV+.

A expansão geográfica da aids tem sido descrita desde 1996, em várias publicações, de uma epidemia concentrada nos grandes centros urbanos das metrópoles da região Sudeste, para logo seguir em direção às cidades da região Sul; posteriormente, a epidemia seguiu para o Centro-Norte, seguindo as grandes vias de comunicação. Atualmente, a aids ainda é uma doença predominantemente urbana, atingindo de forma mais evidente os municípios com mais de 200 mil habitantes, mas com crescimento persistente nos municípios menores. Atualmente, as grandes regiões do país apresentam graus diversos de epidemia. A região Sudeste, a mais atingida até meados da década de 90, já vem apresentando sinais de declínio, tendo sido ultrapassada pela região Sul, que ainda apresenta crescimento nas taxas de incidência; as regiões Norte e Nordeste, embora com taxas de incidência bem menores, vêm mantendo taxas crescentes.

A produção de informações sobre a aids, bem como de outros agravos de interesse do PN-DST/AIDS, como a sífilis congênita, é de grande importância para a compreensão da evolução desses agravos no Brasil. Sistemáticamente, as informações advindas das análises dos casos notificados têm sido divulgadas através de um periódico, o Boletim Epidemiológico Aids que, atualmente passará a ser Boletim Epidemiológico Aids/DST, que, no primeiro número, em dezembro de 2004, já divulgou as informações advindas do SINAN, sobre Sífilis Congênita. Além disto, o banco de casos de aids tem sido base para inúmeros estudos, incluindo teses de mestrado e doutorado, bem como publicações específicas e artigos científicos, tanto com dados do Brasil como estaduais ou municipais. Outra forma de divulgação dos casos notificados tem sido a disponibilização dos boletins epidemiológicos em meio eletrônico na *home page* do PN-DST/AIDS, incluindo a tabulação do próprio banco de casos de aids, sem identificação do paciente, com todas as variáveis de interesse, como ano de diagnóstico, município de residência e notificação, idade, sexo, etc. É também

divulgada série histórica dos óbitos por aids, advinda do Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Alguns problemas e desafios ainda precisam ser equacionados:

- A subnotificação de casos tem sido comprovada em estudos recentes. Analisando apenas as informações registradas no SINAN, desde 1999 a epidemia de aids no Brasil apresentaria tendências decrescentes em todas as variáveis analisadas. Quando se procura casos de aids em outros bancos de dados de sistemas informatizados de interesse epidemiológico, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, o Sistema de Informações Hospitalares – SIH, o Sistema de Controle de Exames laboratoriais – SISCEL e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM, encontra-se subnotificação de cerca de 35% entre os óbitos ocorridos por aids em 2002 (SIM); de 25 a 65% entre casos internados por aids, registrados no SIH, em cinco municípios de portes médios; de 50% entre casos de aids registrados no SISCEL, de 2001 a 2004; e de mais de 40% entre os casos de aids em tratamento registrados no SICLOM.
- A subnotificação de casos de sífilis congênita é ainda mais importante. Dos 12 mil casos estimados deste agravo por ano, dada uma soroprevalência de 1,6% de sífilis ativa em mulheres parturientes, menos de 25 mil casos foram notificados desde 1998 e apenas 962 óbitos em menores de 1 ano. A sífilis congênita também é de notificação compulsória desde 1996 e o Brasil ser signatário do compromisso de eliminação deste agravo, estima-se que cerca de 15 mil crianças nasçam, por ano, com sífilis congênita no Brasil.
- Também se observa importante subnotificação de gestantes soropositivas para o HIV: do esperado de cerca de 15 mil gestantes HIV+ por ano, apenas 19 mil foram notificadas de 1999 a 2004.
- A qualidade das informações dos casos notificados também merece estudos específicos. Elevados percentuais de variáveis sem informação tem sido observado,

como, por exemplo, 20% na categoria de exposição ignorada entre os casos masculinos, 20% de casos com escolaridade ignorada. Outra deficiência do banco são informações inconsistentes, como, por exemplo, hemofilia em casos femininos; ocorrência de câncer de colo uterino em casos masculinos; ou casos com data de óbito mas com situação atual “vivo”.

- O conhecimento do perfil de evolução clínica dos pacientes em uso de anti-retroviral no país tem sido uma demanda desde a reformulação do SICLOM, com objetivo de fornecer informações para o planejamento das ações assistenciais, como acesso aos serviços, a qualidade e oportunidade da atenção prestada, a ocorrência de doenças oportunistas, uso dos esquemas terapêuticos preconizados, dentre outros.
- A vigilância dos óbitos por aids também tem sido de grande importância para avaliar fatores preditores para a mortalidade entre os pacientes vivendo com HIV/aids, bem como reavaliar a sobrevivência dos pacientes sob terapia anti-retroviral.
- Conhecimento da transmissão vertical de outras DST, como o HTLV, tem sido uma demanda de profissionais que lidam com atendimento aos pacientes com sinais e sintomas decorrentes da infecção por esse vírus.

A organização e estrutura da Vigilância Epidemiológica

A vigilância da aids, baseada nas notificações dos casos através do SINAN, sempre foi a principal atividade da área de epidemiologia do PN. A notificação e investigação tanto dos casos de aids como de gestante HIV+ e sífilis congênita, é feita pelos profissionais de saúde do município de atendimento do paciente às secretarias de saúde municipais. De maneira geral, esse processo tem sido passivo, na maioria das secretarias, recebendo as notificações enviadas pelos profissionais de saúde. Em poucos municípios, principalmente de capitais, há um processo mais ativo de busca de casos de aids diagnosticados e, principalmente, registrados em outros sistemas informatizados, como os óbitos por aids no SIM e pacientes internados com diagnóstico de aids registrados no SIH. Alguns projetos foram apoiados pelo PN, como a busca de óbitos no SIM em São Paulo ou a busca de casos de aids no SIH em cinco

cidades de porte médio, mas estas iniciativas têm sido pouco aproveitadas pela maioria dos serviços de vigilância epidemiológica das secretarias municipais e estaduais.

Recentemente, com objetivo de sistematizar as informações de interesse epidemiológico no que tange as DST e aids, a Unidade passou a incorporar a área de Informação, incluindo também a responsabilidade de gerenciar a Web do PN, devendo, para isto, se estruturar.

A área de Informação e Análise tem por objetivo produzir e divulgar informações epidemiológicas de interesse do PN. A sub-área da WEB tem como finalidade divulgar informações atualizadas a respeito da epidemia de HIV/Aids e outras DST, aos diversos públicos que têm interesse nas atividades e informações do PN, como, por exemplo, profissionais de saúde, gestores, representantes da sociedade civil e profissionais de saúde. Serve, também, como canal de comunicação entre o PN e a população em geral, através do “Fale Conosco”.

Metas propostas para vigilância epidemiológica

- **Disponibilizar a nova versão do *síte* do Programa Nacional de DST/Aids**

A sub-área dos Sistemas de Informação de Interesse Epidemiológico tem como finalidade organizar e disponibilizar os dados de interesse do PN, como, também, disponibilizar os bancos de dados dos vários sistemas de informação sob responsabilidade do PN (SINAN-Aids, SISCEL e SICLOM) e outros de interesse (SIM e SIH) para tabulações e análises específicas.

- **Realizar avaliação do SINAN Aids e sífilis congênita**

- **Aumentar a completude das variáveis essenciais dos casos de Aids notificados no SINAN**

A sub-área de Análise de Situação tem como finalidade produzir e divulgar as informações a cerca da epidemia de aids no Brasil, de outros agravos de interesse, como a transmissão vertical do HIV e Sífilis e sífilis congênita, bem como sobre conhecimento, atitudes e práticas referentes às DST e aids.

- **Elaborar e divulgar 04 publicações sobre DST/aids**
- **Avaliar a necessidade de implantação de vigilância epidemiológica do HTLV**
- **Conhecer a situação do HIV e sífilis em populações vulneráveis**

A área da Vigilância Epidemiológica em como objetivo implementar a vigilância epidemiológica da aids, da gestante HIV+, da sífilis congênita e da criança exposta ao HIV, bem como implantar a vigilância da gestante com sífilis e dos eventos clínicos, como reações adversas à terapia ARV, o monitoramento da sobrevida de pessoas vivendo com HIV/aids e os fatores relacionados ao óbito por aids. As sub-áreas de HIV/Aids e de DST e Sífilis congênita têm como finalidade implementar a vigilância epidemiológica dos agravos de interesse do PN, de modo a subsidiar as ações de prevenção e controle.

- **Reduzir a subnotificação de casos de Aids em 90%;**
- **Aumentar em 50% a notificação de gestante HIV positiva e criança exposta;**
- **Tornar compulsória a notificação de sífilis na gestação;**
- **Avaliar a necessidade de implantação da vigilância epidemiológica do HTLV;**
- **Conhecer a situação do HIV e sífilis em populações vulneráveis;**
- **Realizar estudo nacional da mortalidade das pessoas com HIV/aids;**
- **Realizar estudo nacional para avaliação da sobrevida de adultos vivendo com HIV/aids;**
- **Realizar estudo nacional para avaliação da sobrevida de crianças vivendo com HIV/aids;**

- **Implantar rede de vigilância de eventos clínicos e reações adversas ao ARV em 10 serviços de referência.**

Plano de ações e metas em capacitação e educação permanente

contexto para definição das metas em capacitação e educação permanente em saúde

1. O Papel da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS.

O SUS - tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Espera-se que a Educação seja um instrumento, uma ferramenta para ajudar a construção de um processo de formação e educação que contribua para a transformação das práticas pedagógicas e de saúde, visando à organização dos serviços, na perspectiva de um trabalho articulado entre o SUS e instituições formadoras e a qualificação e humanização da atenção à saúde aos usuários com equidade.

Essa concepção exige um olhar de maior integração e ação conjugada das diferentes áreas temáticas e propicia processos cooperativos entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, sendo um desafio permanente a construção de processos de educação integrado e sustentável. No entanto, por se apresentarem de forma múltipla e fragmentada e corresponderem a orientações conceituais, muitas vezes, heterogêneas, sua capacidade de impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança, ainda tem sido limitada. Também ainda tem sido limitada sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações e não se conseguiu desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas.

A necessária aproximação da construção da gestão descentralizada do SUS, da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema

de saúde e da participação popular com características de formulação política deliberativa sobre o setor tem sido o norteador dessa nova política, agregando atores diversos na implementação de uma ação mais efetiva e transformadora dos processos educativos, tanto no âmbito governamental quanto não-governamental.

Em nosso país, a saúde é o setor que vem sendo submetido ao mais significativo processo de reforma do Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental desde o movimento pela reforma sanitária e a proposta e concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional. Uma proposta de ação estratégica que contribua para transformar a organização dos serviços e da formação, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implica trabalho articulado entre sistema de saúde (em seus vários níveis de gestão), instituições formadoras e organizações da sociedade civil.

No mundo do trabalho, a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde, levou ao desenvolvimento da proposta da educação permanente, considerada um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas e populações, da gestão setorial e da promoção e vigilância à saúde e o controle social. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e trans e interdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar a democratização da instituição, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde, de trabalhar em equipes matriciais, de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Desse modo, a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e principalmente nas pessoas. São questões técnico-políticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde. Para ser possível, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, da graduação, da pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e serviços de saúde e com controle social.

Assim, na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias, da organização e do exercício da atenção terá que ser construída na prática concreta das equipes. As demandas para capacitação não se definem a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas sim a partir dos problemas assistenciais e da gestão considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade.

Os serviços como espaços de aprendizagem deverão ver atendidos pelos gestores e formadores suas necessidades de planejamento e gestão que tornem sua estrutura e processo de trabalho adequados a essa nova realidade. Especial atenção será exigida para a formulação de novos pactos de trabalho, capazes de absorver as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção do conhecimento nestes espaços e no conjunto da rede de atenção à saúde. Na perspectiva da educação permanente e da significação dos processos de formação às necessidades em saúde, à integralidade do atendimento e à rede de cuidados é necessário que as instituições formadoras também realizem importantes iniciativas inovadoras na área do planejamento e gestão educacional (intra-institucional).

2. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde são instrumentos importantes para a implementação dessa política e são:

- Espaços de diálogo, articulação e negociação;
- Lócus de identificação de necessidades para construção de estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral.

Composição dos Pólos:

Gestores estaduais e municipais;

Universidades e Instituições de Ensino e Escolas de Saúde Pública;

Centros Formadores;

Núcleos de Saúde Coletiva;

Escolas Técnicas de Saúde do SUS;

Hospitais de Ensino;

Estudantes da área de saúde;

Trabalhadores de saúde;

Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde

Movimentos ligados à gestão social das políticas de saúde

3. O PN-DST/AIDS e a Política de Educação Permanente:

A Área responsável pela formulação e articulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores em saúde em todos os níveis de escolaridade (de forma intersetorial/ articulação com as três esferas de governo) e ações de educação na saúde junto à sociedade civil no PN-DST/Aids é a Unidade de Desenvolvimento Humano e Institucional – UDHI.

Na perspectiva da Política de Educação Permanente trabalhamos a partir de três eixos fundamentais:

- A relação entre educação e trabalho;

- Políticas de formação e práticas de saúde;
- Produção e disseminação do conhecimento.

Objetivos:

1. Avançar na consolidação do SUS: garantir/proporcionar a formulação da política de capacitação/desenvolvimento institucional em espaços que fortaleçam a gestão descentralizada;
2. Definir estratégias capazes de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, visando da organização dos serviços, na perspectiva de um trabalho articulado entre o SUS e instituições formadoras;
3. Promover a integração no processo de descentralização, inclusive fortalecendo os pólos de capacitação e educação permanente;
4. Garantir a inserção das necessidades locais/regionais para definição conjunta das prioridades;
5. Realizar parcerias com instituições formadoras, incluindo entidades de classe e da sociedade civil.

As demandas para a capacitação devem levar em conta:

- 1) A realidade local/regional;
- 2) As metas estabelecidas;
- 3) Os indicadores de saúde;
- 4) Os problemas que acontecem no dia a dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho;
- 5) As demandas dos (as) usuários (as) do SUS;
- 6) A intersectorialidade das ações;
- 7) A atenção integral, humanizada e de qualidade.

Prioridades do PN-DST/AIDS:

1. Consolidar a estratégia brasileira de prevenção e controle das DST/aids;
2. Reduzir a Transmissão Vertical do HIV e Sífilis;
3. Implementar Plano Nacional de Controle das DST;
4. Fortalecer a capacidade de gestão dos estados e municípios;
5. Ampliar e qualificar a cobertura em assistência na rede de saúde;
6. Aprimorar o Sistema de Vigilância Epidemiológica;
7. Fortalecer o controle social;
8. Implementar e aprimorar o monitoramento das ações de prevenção e controle das DST e HIV/aids;
9. Desenvolver autonomia nacional no que se refere a medicamentos e insumos estratégicos para o tratamento das pessoas vivendo com HIV e Aids;

METAS PROPOSTAS EM CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

1. Ter descentralizado em 80% as ações de educação em saúde e capacitação para estados e municípios;
2. Ter transferido 80% das práticas pedagógicas e de educação popular em saúde para os pólos de educação permanente;
3. Ter implantado um banco de dados de consultores/instrutores por tema e região/estado em educação em saúde.

Plano de ações e metas em comunicação

Contexto para definição das metas em comunicação

Existe, na educação em saúde, uma correlação entre o grau de conhecimento sobre as doenças, seus fatores de risco, formas de prevenção e tratamento e a adoção de hábitos saudáveis, pelo indivíduo e pela comunidade. É amplamente aceita a noção de que indivíduos mais bem informados sobre saúde e formas de transmissão e prevenção de doença estão mais atentos a comportamentos preventivos e têm melhores condições de reagir às doenças.

Nesse contexto, a divulgação de informações através dos meios de comunicação de massa tem sido reconhecida como fator auxiliar importante, porque mantém os temas em pauta, informando a população de forma correta e atualizada, atingindo um público potencial de milhares de pessoas. Essa constatação impõe aos comunicadores em saúde o desafio de sempre provocar o interesse da população e chamar atenção para os assuntos sobre as práticas de prevenção às doenças e promoção à saúde.

No caso do Programa Nacional de DST/Aids, a nossa tarefa é fazer com que a população esteja informada sobre a aids, as formas de proteção do HIV, vírus causador da doença, e outras doenças sexualmente transmissíveis e com isso passe a adotar práticas mais seguras para a prevenção. Além disso, é nossa tarefa dar visibilidade as ações do Programa e das suas políticas públicas, uma vez que isso é um facilitador para que o cidadão possa ter acesso aos serviços disponíveis na rede pública, exigir os seus direitos e exercer o papel fiscalizador do cumprimento dessas políticas conforme preconiza o SUS.

Entretanto, a tarefa torna-se especialmente instigante porque estamos falando de uma doença que até hoje traz um estigma muito grande por expor os seus portadores aos olhares moralistas e discriminadores da sociedade, associando a condição de portador do HIV as suas possíveis práticas sexuais e ou uso de drogas e álcool. O que leva uma parcela considerável da população a acreditar que não está sob risco, porque não tem práticas homossexuais ou de uso de drogas injetáveis, ou não é profissional do sexo. Poucos são aqueles que se reconhecem em risco de infecção pelo HIV por não usarem o preservativo de forma consistente nas suas relações sexuais.

Entretanto, o último resultado da pesquisa sobre o comportamento, prática e atitude sexual dos brasileiros^{1[1][1]} nos mostra resultados alentadores, entre os quais, que 96% da população brasileira sexualmente ativa sabe que o preservativo protege da transmissão sexual do HIV. O desafio maior tem sido efetivamente o de fazer com que as pessoas passem do estágio do conhecimento para a mudança de comportamento.

Aliada a um projeto de educação continuada e com o envolvimento dos estados, municípios, e Governo Federal, formadores de opinião e a sociedade civil organizada, a Comunicação é sem dúvida uma aliada imprescindível para vencer esse desafio. E quando falamos de Comunicação, não queremos nos restringir apenas as campanhas de massa, que geralmente tem uma data certa para acontecer. A nossa ação pretende ser mais ampla, continuada, atuante em diversas frentes e mobilizadora.

O planejamento foi construído com a participação do subcomitê da Cn aids (Comissão Nacional em Aids), órgão assessor do Ministério da Saúde para assuntos relacionados a aids, desde 1986, em seguida apresentados para o comitê assessor de Comunicação do Programa Nacional de DST/Aids.

Oito pontos norteadores serviram de base para a construção do Planejamento. em cima de. A partir deles as ações foram planejadas para se atingir as metas que foram estipuladas seguindo as prioridades pelo Programa Nacional para o ano de 2005.

Pontos norteadores da comunicação em HIV/Aids e outras DST:

- Regionalização;
- Continuidade das ações;
- Participação da sociedade e outros atores;
- Campanhas dirigidas para públicos específicos;

^{1[1][1]} Ministério da Saúde. *Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas Relacionadas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCAP)*. Brasília, 2004.

- Campanhas de massa;
- Promoção de Mídia espontânea;
- Comunicação interna e externa
- Parceria.

METAS PROPOSTAS EM COMUNICAÇÃO

Meta: Ter realizado 3 (três) campanhas de massa e ter avaliado 100% delas.

Meta: Ter realizado 8 (oito) campanhas dirigidas e ter avaliado qualitativamente 100% delas.

Meta: Ter realizado 8 (oito) ações especiais de intervenção, com distribuição de material educativo, atingindo diretamente 1.000.000 de pessoas.

Meta: Implantar a política editorial do Programa Nacional de DST/Aids, executando 100% da agenda de publicações previstas para 2005.

Meta: Atingir 3.000 gestores em comunicação e saúde com o catálogo-pesquisa de publicidade em HIV/aids.

Meta: Atingir, por meio de oficinas regionais de capacitação em comunicação, 100% dos gestores dos Programas de DST/Aids dos Estados.

Meta: Atingir 3.000 gestores em comunicação e saúde dos estados e das ONG com o Manual de Informação, Educação e Comunicação.

Meta: Ampliar, em 50%, a cobertura jornalística nos eventos relacionados ao Programa Nacional de DST/Aids por meio de matérias de rádio.

Meta: Atender em 100% as demandas das áreas técnicas do Programa Nacional de DST/Aids e dos veículos de imprensa nas ações de prevenção, intervenção e promoção por meio de estratégias de divulgação e atendimento à imprensa.

Meta: Implementar política de comunicação interna do Programa Nacional de DST/Aids, atingindo 100% dos funcionários.

A estrutura de comunicação no PN-DST/AIDS

A Assessoria de Comunicação do Programa possui a seguinte infra-estrutura:

Núcleo de Editoração: Este núcleo é responsável pela produção das publicações do Programa. Por ano são produzidos, em média, 10 novos títulos e revisados em torno de 10 publicações.

Núcleo de Publicidade: O núcleo responde pela elaboração das campanhas publicitárias e ações de Marketing e mobilização. São feitas duas campanhas por ano e diversas ações, conforme as oportunidades.

Núcleo de Imprensa: Este núcleo tem a responsabilidade de manter a aids nos noticiários. Para tal, produz press-release impressos e matérias de rádio que são distribuídas diariamente para cerca de duas mil emissoras. O núcleo de imprensa possui um papel extremamente relevante. Pois ele é o elo da imprensa brasileira e estrangeira com o Programa e é por meio deste núcleo que as ações e as políticas públicas implementadas ganham evidência nos jornais e nos veículos de comunicação de massa.

Núcleo de Rádio: Gera as matérias jornalísticas, spots e textos informativos para as emissoras do País. O conteúdo é elaborado e produzido pelo Núcleo de Imprensa.

Ao todo, a assessoria de Comunicação do Programa conta com 16 profissionais.

Plano de ações e metas em cooperação internacional

Contexto para definição das metas em cooperação internacional

A Cooperação Internacional em HIV e Aids coordenada pelo Programa Nacional de DST e Aids / Secretaria de Vigilância em Saúde através da Assessoria de Cooperação Externa (COOPEX) está organizada em três linhas: acordos de cooperação técnica bilaterais do Brasil com outros países e de agências bilaterais com o Brasil, transferência de tecnologia e atuação política em fóruns e organismos internacionais.

1- Acordos de Cooperação Técnica Bilaterais

1.1 – Do Brasil com outros países

Atualmente, o Brasil mantém diversos acordos de cooperação bilaterais, através de solicitação direta dos países ao governo brasileiro ou de organismos internacionais. Os acordos podem ser divididos em cooperações focalizadas em temas específicos, projetos dentro do “Programa de Cooperação Internacional com Outros Países em Desenvolvimento” (PCI) e projetos envolvendo transferência de tecnologia.

Programa de Cooperação Internacional com Outros Países em Desenvolvimento (PCI): lançado através de portaria ministerial em 2002 (Fase I), para fomentar a capacitação técnica em outros países nas áreas de manejo clínico de anti-retrovirais (ARV) e de logística na distribuição medicamentos. Cada projeto compreendeu inicialmente o tratamento de 100 pessoas, com possibilidade de expansão de número de tratamentos para até 400 pessoas. O PCI Fase I abrange hoje os seguintes países:

Colômbia, El Salvador, República Dominicana e Moçambique. Atualmente está em fase de implantação o projeto de Burkina Fasso (200 tratamentos).

Em outubro de 2004, em conjunto com o UNICEF, foi lançado o PCI Fase II, com o qual pretende-se atender 100% da demanda por ARV produzidos no Brasil em alguns países (**Bolívia, Paraguai, Cabo Verde, Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe e Timor Leste**), incluindo a prevenção da transmissão vertical do HIV nestes países.

O Projeto de Cooperação para o Fortalecimento das Respostas em HIV/aids no Timor Leste é realizado em parceria entre o Ministério da Saúde e a Igreja Católica brasileiros, através do Programa Nacional de DST/Aids, da Pastoral de DST/Aids – CNBB, do Serviço de Animação Missionária da CNBB e da CRS – *Catholic Relief Service*, visando contribuir para a implantação de um programa de controle da epidemia da aids no Timor Leste. A proposta de implantação prevê cinco etapas: (i) Realização de diagnóstico de situação; (ii) Implementação de CTA e fortalecimento da Rede Local de Saúde; (iii) Ações de informação em saúde e redução da vulnerabilidade, (iv) Controle do Sangue e (v) Definição de estratégias e instrumentos de vigilância.

Meta para 2005: Ampliar em 50% o número de projetos e atividades de cooperação técnica do Brasil com outros países em desenvolvimento. De acordo com negociações em andamento, poderão ser firmados acordos de cooperação com 6 dos seguintes países: Cuba, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Angola, Mali, Moçambique, Ucrânia, Rússia, Índia ou Vietnam.

1.2 – De outros países com o Brasil

França - O Programa de Cooperação Brasil-França, implantado há mais de uma década, vem sendo desenvolvido a partir de duas vertentes: o treinamento de brasileiros na França (sete estagiários por ano) e o Seminário Brasil-França, realizado anualmente.

No âmbito da cooperação Brasil-França iniciou em 2001 a cooperação com a **Agence National de Recherche sur le Sida - ANRS**, que prevê pesquisas no campo das ciências básicas, estudos de vacinas e pesquisas de comportamento. Para setembro de 2004 será apresentada para a ANRS a proposta do projeto: Políticas públicas em Aids (FGV). No último ano a cooperação Brasil-França vem

sendo ampliada e atualmente está em andamento um projeto de cooperação na área de adesão, onde o PN coopera com a ONG *Comment Dire*.

USAID - com orçamento US\$ 48,000,000.00 para o período de 2003-2008, destinados a projetos localizados nos sete estados das regiões Sul e Sudeste. A definição do escopo dos projetos foi objeto de várias reuniões entre o PN e a USAID, com participação ampla de representações das organizações da sociedade civil. Focaliza em três componentes:

- 1- Ampliação das atividades de prevenção de organizações da sociedade civil, executados pela *PACT* Brasil. Atualmente em fase de divulgação do edital para seleção de projetos;
- 2- Marketing social do preservativo, executado em parceria entre a *PACT* Brasil e a *Futures Group*. O estágio atual é de seleção de propostas para a execução técnica do trabalho;
- 3- Pesquisa: tem como objetivo subsidiar os dois primeiros componentes e apoiar a agenda de pesquisa do PN. Os principais executores deste componente são a BEMFAM e o *Population Council*, em parceria com o CDC. Atualmente os projetos de pesquisa estão em fase final de elaboração.

Centers for Disease Control and Prevention – CDC

Iniciada em 2002, contempla os seguintes projetos:

- 1- **RARE**: capacitação de ONG para a aplicação de pesquisas para estimativa rápida em populações vulneráveis tais como: profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens. O objetivo é propiciar conhecimentos sobre comportamento e prevalência do HIV. Este projeto tem um orçamento de US\$ 210.000,00;
- 2- **RAP HIV**: validação do teste rápido para a detecção do HIV, para a utilização do mesmo nos serviços de saúde do país, para ampliar o acesso ao teste a populações mais vulneráveis. Este projeto tem o orçamento de US\$ 190.000,00 dólares para um ano de execução, tendo iniciado em 2003;
- 3- **Fortalecimento da Área de Monitoramento e Avaliação**: desde 2001 a Coordenação Nacional de DST/Aids vem discutindo com o CDC uma

parceria no campo da Avaliação. Este é um tema estratégico para a consolidação da Resposta Brasileira em Aids e o CDC tem, reconhecidamente, uma larga experiência neste campo. Este projeto também contempla o curso de pós-graduação em “*Avaliação de processos endêmicos com ênfase em DST/Aids*”, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, com participação de técnicos do PN e dos cinco sítios de excelência para avaliação. Este curso tem duração de um ano, de março de 2004 a março de 2005.

Agência de Cooperação Alemã – GTZ

Esta cooperação vem sendo desenvolvida a partir da Back Up Initiative, com apoio a 4 países incluídos no PCI, localizados na região da América Latina e do Caribe.

DFID – Agência de Cooperação do Reino Unido

Esta cooperação vem sendo desenvolvida para apoiar os Programas Nacionais de DST e Aids da Bolívia, Equador e Peru.

UNAIDS

O PN brasileiro vem atuando em conjunto com o UNAIDS em algumas frentes, baseadas na *advocacy* e no apoio das iniciativas brasileiras no âmbito da região da América Latina e Caribe, tais como o GTCH - a Rede de Assistência Técnica, o Banco de Preços de Medicamentos.

Em outubro de 2004, em reunião entre o Presidente Lula e o Diretor Executivo do UNAIDS, Dr. Peter Piot, foi acordada a criação, no Brasil, de um Centro internacional de Cooperação Técnica em HIV e Aids, uma iniciativa conjunta do Brasil e do UNAIDS para fortalecimento da capacidade de resposta ao HIV e aids em outros países.

Além disso, o Brasil tem assento no *Programme Coordinating Board* do UNAIDS, passando a ocupar a posição de *Vice-Chair* a partir de junho de 2004.

Fundação Ford

Tendo apoiado o Projeto Ntwanano (cooperação técnica entre o Brasil e Moçambique) até 2004, a Fundação Ford apóia o Projeto da Rede de Cooperação tecnológica, que abrange hoje 7 países: Brasil, China, Cuba, Nigéria, Rússia, Tailândia e Ucrânia.

Meta para 2005 - Ampliar em 50% o número de instituições internacionais parceiras para o desenvolvimento de projetos de cooperação internacional (Sul-Sul).

2- Transferência de Tecnologia

2.1– Implantação da Rede de Cooperação Tecnológica entre Países em Desenvolvimento e Emergentes

A implementação da Rede visa o fortalecimento das parcerias de cooperação entre os países em desenvolvimento que detenham capacitação tecnológica no setor farmacêutico, na busca de uma solução sustentável em médio e longo prazo. A definição dos 7 países integrantes da Rede (Brasil, China, Cuba, Nigéria, Rússia, Tailândia e Ucrânia) levou em consideração o comprometimento político nas ações em HIV/aids, assim como capacidades técnicas complementares para o desenvolvimento de medicamentos e insumos para o tratamento da epidemia. Representantes dos diversos países reuniram-se na XV Conferência Internacional de Aids, no dia 12 de julho deste ano, em Bangcoc, para a assinatura da Declaração Conjunta de Compromissos, a qual estabelece as áreas de interesse mútuo para a cooperação tecnológica:

- síntese de princípios ativos para a fabricação de medicamentos anti-retrovirais;
- capacitação em técnicas de formulação;
- desenvolvimento de novas formulações e novos princípios ativos;
- capacitação na realização de estudos epidemiológicos;
- capacitação na fabricação de preservativos
- treinamento ou assistência técnica para a elaboração do arcabouço legal de regulação sanitária;

- intercâmbio de experiências exitosas nas diversas ações em HIV/aids.

A Rede de Tecnologia é uma iniciativa aberta à participação de outros países. Foi realizada uma reunião com os países membro da Rede, em janeiro de 2005, no Rio de Janeiro, para definição dos planos de trabalho.

A Rede conta com financiamento inicial da Fundação Ford (US\$ 1 milhão) e a Secretária Executiva está sediada no momento no Programa Nacional de DST e Aids do Brasil.

Metas para 2005 – 1) Implantar a Rede; 2) Elaborar 2 projetos de cooperação bilateral para transferência de tecnologia, no âmbito da Rede.

3 - Atuação política em fóruns e organismos internacionais

3.1 – Atuação junto ao Programme Coordinating Board (PCB) do UNAIDS.

3.1 - Acompanhamento do Fundo Global de Combate a Aids, Tuberculose e Malária, enquanto observador.

3.3 -Participação em fóruns nacionais e internacionais de discussão acerca do impacto da Propriedade Intelectual no acesso a medicamentos: a necessidade de adequação da legislação brasileira às flexibilidades previstas pelos acordos internacionais de Propriedade Intelectual, a exemplo do Acordo TRIPS e da Declaração de Doha, tem sido fortemente debatida nos fóruns nacionais e corresponde a um mecanismo de implementação efetiva dos Direitos Humanos no que tange ao acesso ao tratamento do HIV/aids. Atualmente, o PN DST/AIDS tem estabelecido discussões junto a consultores jurídicos para a elaboração de Projetos de Lei e outros instrumentos legais que viabilizem esta internalização. Outra área importante é relacionada ao fortalecimento de ações dos países do Mercosul nos processo de negociação em Propriedade Intelectual e Saúde Pública.

3.3 – Atuação junto ao Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e Caribe (GCTH)

O GCTH foi formado em 1995, com participação de 21 países da ALC. O Brasil é a sede da Secretaria Técnica desde outubro de 2004.

3.4 - Articulação com o Subgrupo de Trabalho 11 (SGT-11) do MERCOSUL

Organizada em maio de 2004, em Foz do Iguaçu, a Oficina Internacional sobre Aids em cidades de fronteiras do MERCOSUL, Bolívia e Chile, durante a qual acordaram-se vários pontos de ação em cidades de fronteiras, que foram levadas à reunião de Ministros da Saúde realizada em Buenos Aires em junho.

Metas para 2005 - Ampliar a participação do Brasil em mais 2 fóruns internacionais relativos à temática do HIV e aids (possibilidades: Fórum of East Ásia and Latin American Cooperation (FEALAC), Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose ou Malária ou Partner in Population and Development - PPD).

Assessoria de Planejamento - ASPLAN, 15 de março de 2005.
