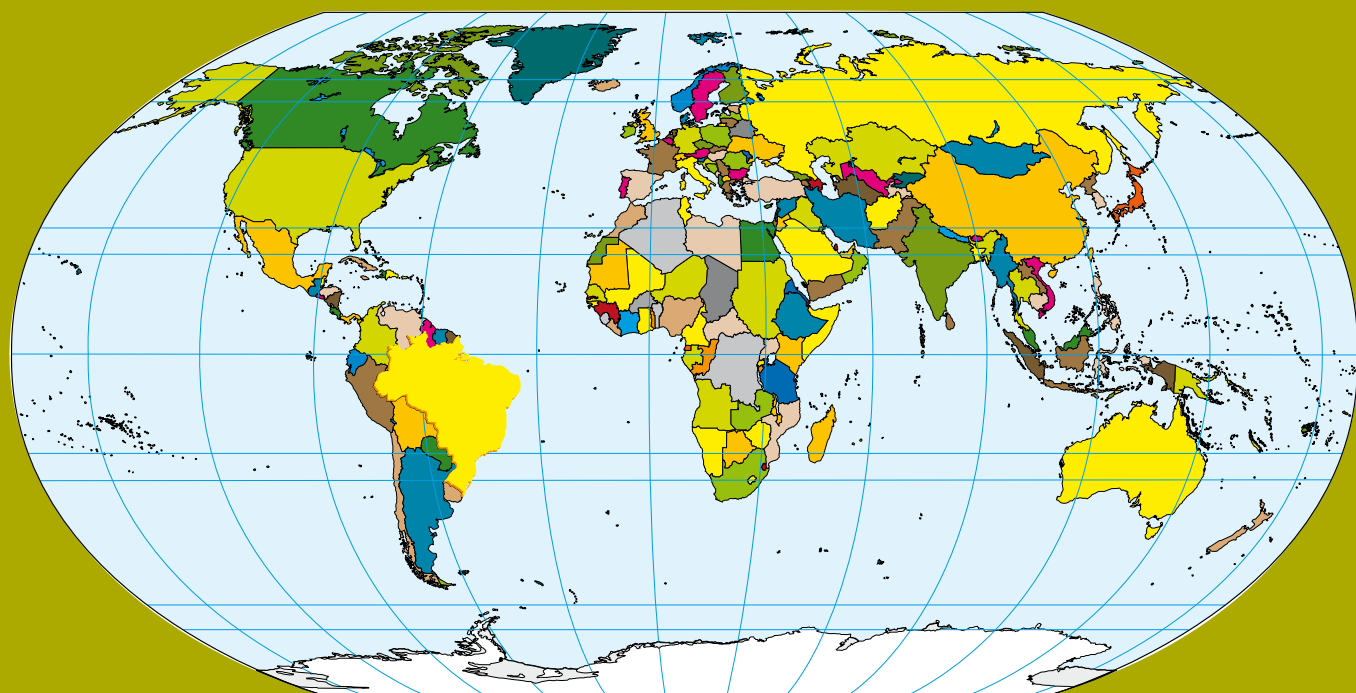


Ministério da Saúde do Brasil  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Resposta Brasileira  
2008-2009  
Relatório de Progresso do País

# UNGASS

METAS E COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELOS ESTADOS-MEMBROS  
NA SESSÃO ESPECIAL DA ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS  
UNGASS – HIV/AIDS



Brasil, março de 2010

Ministério da Saúde do Brasil  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

**Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-  
Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das  
Nações Unidas sobre HIV/Aids**

**UNGASS – HIV/Aids**

**Resposta Brasileira**

**2008-2009**

**Relatório de Progresso do País**



**Brasil, março de 2010**



© 2010. Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde poder ser acessado na página: <HTTP://www.saude.gov.br/editora>

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 1.000 exemplares

*PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES*

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**Secretaria de Vigilância em Saúde**

**Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**

SAF Sul Trecho 2, Bloco F, Torre 1, Ed. Premium

CEP 70.070-600 - Brasília, DF

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

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

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

**Equipe da Assessoria de Comunicação**

Angela Gasperin Martinazzo


Dario Noletto

Myllene Priscilla Müller Nunes

Telma Tavares Richa e Sousa

**Projeto gráfico, capa e diagramação**

Alexsandro de Brito Almeida





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

A autoria institucional deste documento é da Comissão Nacional de DST e Aids – CNAIDS

### **Coordenação-Geral:**

Mariângela Batista Galvão Simão (Diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais); Eduardo Luiz Barbosa (Diretor adjunto do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais)

### **Organização:**

Ângela Pires Pinto (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais)

### **Redação:**


Fernando Seffner (Consultor)

### **Grupo de trabalho designado pela CNAIDS para coleta de dados e redação do documento:**

Mariângela Simão (Diretora do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e Coordenadora do Grupo de Trabalho); Ana Maria de Oliveira (Conselho Federal de Medicina); Euclides Ayres Castilho (Universidade de São Paulo); Felipe Krause Dornelles (Ministério das Relações Exteriores); Jacqueline Côrtes (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids-UNAIDS); Jaime Marcelo Pereira (Fórum de ONG/Aids - Região Sudeste); Jair Brandão Filho (Fórum UNGASS/Gestos-Soropositividade, Comunicação e Gênero); José Carlos Veloso (Fórum UNGASS/GAPA/SP); Maria Clara Gianna (Comitê Técnico Assessor de Gestão das Ações de DST/Aids-COGE); Mariza Gonçalves Morgado (Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ); Nélio Jose de Carvalho (Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids); Ximena Pámela Diaz Bermudez (Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS).

### **Equipe do Ministério da Saúde envolvida na coleta de dados e redação do documento:**

Alessandro Ricardo Cunha, Ana Roberta Pati Pascom, Ana Paula Prado Silveira, Andressa Bolzan, Ângela Pires Pinto, Bárbara Graner, Caio Gonçalves, Carlos Passarelli, Cristina Possas, Dário Noleto, Dulce Ferraz, Eduardo Luiz Barbosa, Emília





Ramos do Valle, Érika Fazito, Flávia Moreno, Gerson Fernando Pereira, Gilvam de Almeida, Gilvane Casimiro da Silva, Gustav Liliequist, Ivana Drummond, Ivo Brito, Josué Ferreira, Juliana Vallini, Juliana Machado Givisiez, Karim Sakita, Lilian Amaral Inocêncio, Marcelo Araújo de Freitas, Marcelo Barbosa, Maria do Socorro de Oliveira, Maria Etelvina Barros, Mariângela Simão, Mauritânia Pereira, Mirtha Sudbrack, Mônica Bulhões, Nádia Paranaíba, Rachel Baccarini, Rogério Scappini, Romina do Socorro M. de Oliveira, Rosângela Ribeiro, Rubens Duda, Ruy Burgos, Samia de Albuquerque, Sérgio D'Ávila, Thaisa Lima, Valdir Pinto.





## Agradecimentos

Aos integrantes da Comissão Nacional de DST e Aids – CNAIDS que contribuíram nas discussões sobre o relatório durante as reuniões ordinárias em 2009 e 2010;

Às instituições que compõem o Fórum UNGASS/Brasil, pela difusão dos compromissos UNGASS e pelos debates realizados nas várias regiões do país;

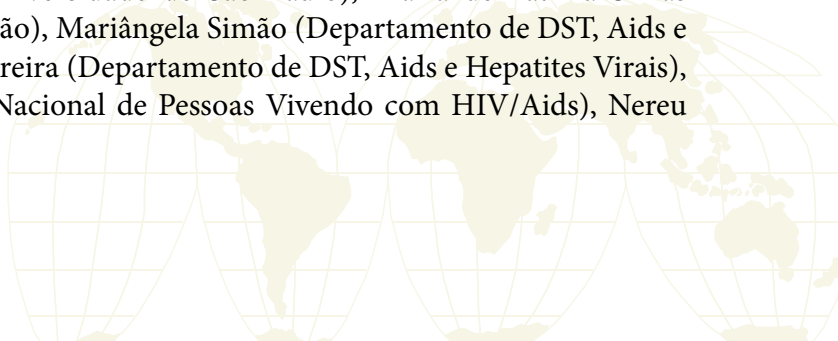
Aos participantes da reunião de validação do ICPN Parte A (Governo), notadamente os integrantes da Comissão de Gestão das Ações de DST e Aids - COGE (ver anexo II).

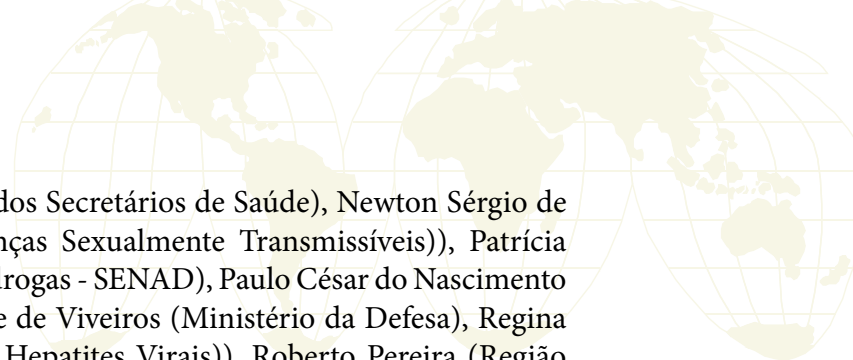
Aos participantes da reunião de validação do ICPN Parte B, referente a Sociedade Civil, notadamente a Comissão de Articulação em Movimentos Sociais – CAMS (ver anexo II).

Aos participantes da reunião de validação do ICPN Parte B, referente às Agências das Nações Unidas, especialmente ao GT UNAIDS (ver anexo II).

À todos os profissionais de saúde, gestores, integrantes de movimentos sociais e ONGs e demais participantes da Consulta Pública realizada via internet;

Aos participantes da reunião de validação do documento final: Alessandro Ricardo Cunha (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Ana Maria de Oliveira (Conselho Federal de Medicina), Ana Roberta Pati Pascom (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Ângela Pires Pinto (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Antonio Ernandes Marques da Costa (Região Norte, GRUPAJUS/Pará), Carlos Passarelli (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Cristiane José (CENAIDS, Philips do Brasil), Dirceu Greco (Sociedade Brasileira de Medicina Tropical), Eduardo Barbosa (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Elias Nobre Almeida (Região Nordeste, Rede de Solidariedade Positiva/Ceará), Jacqueline Cortes (GT UNAIDS, UNAIDS), Jaime Marcelo Pereira (Fórum de ONG/Aids - Região Sudeste), José Carlos Veloso (Fórum UNGASS, Gapa/SP), José Roberto Pereira (Região Sudeste, Projeto Bem-Me-Quer), José Valdez Ramalho Madruga (Sociedade Brasileira de Infectologia), José Wilter Ferreira Ibiapina (Movimento Social de Hepatites Virais), Luisa Guimarães Queiroz (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Maria Clara Gianna (Comitê Técnico Assessor de Gestão das Ações de DST/aids – COGE), Maria de Fátima Alencar Fernandes D’Assunção (Ministério do Trabalho e Emprego), Maria Inês Costa Dourado (Universidade de São Paulo), Maria de Fátima Simas Malheiro (Ministério da Educação), Mariângela Simão (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Maurítânia Pereira (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Nélio José de Carvalho (Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids), Nereu





Henrique Mansano (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde), Newton Sérgio de Carvalho (Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis), Patrícia Santana Santos (Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD), Paulo César do Nascimento (Região Sul, Bom Viver), Rafael Theberge de Viveiros (Ministério da Defesa), Regina Maria Lancellotti (Movimento Social de Hepatites Virais), Roberto Pereira (Região Sudeste, Centro de Educação Sexual - CEDUS), Ronildo Lima e Silva (Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids), Rosa Mari Guimarães Godinho (Região Centro-Oeste, CADS), Sandra Catarina Rolim Gomes (Comitê Técnico Assessor de Gestão das Ações de DST/aids – COGE), Sandro Oliveira da Rosa (Região Centro-Oeste, Fórum de ONG/Aids de Mato Grosso), Sérgio D'Ávila (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Tânia Ferreira (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos (FIOCRUZ), Ximena Pámela Diaz Bermudez (GT UNAIDS, OPAS).


À colaboração de Arthur Braz, Beatriz Proença, Cláudia Medeiros, Cleber Ricardo, Elaine Ramos, Ieda Fornazier, Juliana Monteiro da Cruz, Laís Garcia, Lilian Melo, Lúcio Costa, Renato Girade, Sandra Cynthia Conçalves, Silvia Reis, Wanderson Gontijo.





## Sumário

<b>Siglas e acrônimos .....</b>	<b>09</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo 1 – Processo de elaboração do relatório .....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 2 – A resposta brasileira à aids e o Sistema Público de Saúde (SUS) .....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo 3 – A epidemia de aids no Brasil .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 – Cenário epidemiológico .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 – Cenário programático e organizacional .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.1 – Governança .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.2 – Prevenção e redução das vulnerabilidades .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2.3 – Pesquisas em DST/HIV/aids .....</b>	<b>44</b>
<b>3.2.4 – Direitos Humanos .....</b>	<b>47</b>
<b>3.2.5 – Cuidado, apoio e tratamento .....</b>	<b>49</b>
<b>Capítulo 4 – A participação do Brasil na cooperação internacional de luta contra a aids .....</b>	<b>61</b>
<b>Capítulo 5 – Perspectivas, desafios e lições aprendidas .....</b>	<b>65</b>
<b>Referências .....</b>	<b>69</b>
<b>6.1 – Bibliografia .....</b>	<b>69</b>
<b>6.2 – Sítios da internet .....</b>	<b>73</b>
<b>Anexo I – Indicador nº 1: Gastos .....</b>	<b>75</b>
<b>Anexo II – Indicador nº 2: Índice Composto de Política Nacional .....</b>	<b>95</b>
<b>Anexo III – Indicadores nºs 3 a 25 .....</b>	<b>183</b>







## Siglas e acrônimos

- ANRS** – Agência Nacional Francesa de Pesquisa sobre Aids e Hepatites Virais
- CAMS** – Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais
- CAPDA** – Comissão de Acompanhamento das Políticas de DST/Aids
- CENAIDS** – Conselho Empresarial Nacional de Prevenção ao HIV/Aids
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CICT** – Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids
- CIPA** – Comissões Internas de Prevenção de Acidente
- CNAIDS** – Comissão Nacional de DST e Aids
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- COGE** – Comissão de Gestão das Ações em DST/Aids
- CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- COPRECOS LAC** – Comitê de Prevenção e Controle de HIV/Aids das Forças Armadas e Polícia Nacional da América Latina e Caribe
- CPLP** – Comunidade de Países de Língua Portuguesa
- CTA** – Centro de Testagem e Aconselhamento
- DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - SUS
- DFID** – Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz
- FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde
- GCTH** – Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids
- GTZ** – Cooperação Técnica Alemã
- HSH** – Homens que fazem sexo com homens
- IAVI** – International AIDS Vaccine Initiative
- IBAS** – Consórcio entre Índia, Brasil e África do Sul
- LGBT** – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- LOAS** – Lei Orgânica da Assistência Social
- MEGAS** – Sistema de Medição de Gastos em Saúde
- MERCOSUL** – Mercado Comum do Sul

**MONITORAIDS** – Sistema de Monitoramento de Indicadores do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

**MRG** – Médicos de Referência em Genotipagem

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONG** – Organizações não governamentais

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PCAP** – Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira

**PREVINI** – Sistema de Monitoramento de Insumos de Prevenção

**PSE** – Programa Saúde nas Escolas

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**PVHA** – Pessoas Vivendo com HIV e Aids

**QUALAIDS** – Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS

**RDS** – Respondent Driven Sampling

**SAE** – Serviço de Atendimento Especializado

**SES** – Secretaria Estadual de Saúde

**SICLOM** – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

**SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade

**SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SISCEL** – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SPE** – Programa Saúde e Prevenção nas Escolas

**SPM** – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SVS** – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

**TARV** – Terapia antirretroviral

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UDI** – Usuário de Drogas Injetáveis

**UDM** – Unidades Dispensadoras de Medicamentos

**UNAIDS** – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids

**UNE** – União Nacional dos Estudantes

**UNITAID** – Central Internacional de Compra de Medicamentos para Aids, Tuberculose e Malária

## Introdução

Este relatório de progresso apresenta indicadores e informações relevantes da resposta brasileira à aids no período 2008/2009. Ele foi construído com base nas orientações do UNAIDS (*“Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS : guidelines on construction of core indicators: 2010 reporting”*), disponível no endereço [www.unaids.org](http://www.unaids.org), na parte correspondente ao Brasil.

De modo importante, apresenta-se em continuidade aos dois relatórios anteriores do país: “Relatório de Progresso do Brasil 2005/2007” e “Metas da UNGASS – HIV/AIDS Resposta Brasileira 2001-2003”, ambos disponíveis em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Para permitir comparações com esses documentos, parte da estrutura deles foi, aqui, mantida. Outros informes feitos pelo Brasil às Nações Unidas também dialogam com este documento e estão listados ao longo do texto. Destacam-se em particular os informes brasileiros acerca dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, os informes pelo sistema de Medição de Gastos em Aids (MEGAS) e os informes gerais acerca da situação de saúde para a Organização Mundial de Saúde (OMS).

No âmbito interno, este relatório dialoga também com a produção científica brasileira em todos os campos que dizem respeito ao HIV/aids (Ciências Humanas, Ciências Exatas e da Natureza e Ciências da Saúde), bem como com os sistemas de informação e vigilância em saúde do país. Esses sistemas respondem pela maior parte dos dados aqui apresentados e estão complementados por pesquisas específicas, visando atender à construção de dados em alguns indicadores pontuais que, em relatórios anteriores, haviam sido apenas parcialmente informados. A coleta de informações contou também com a colaboração da sociedade civil e dos gestores de Programas de Aids nos Estados e Municípios, bem como os sistemas correntes de monitoramento e avaliação em saúde do Brasil e bases de dados de outros Ministérios.

O capítulo 1 apresenta o processo de construção do relatório de progresso, detalhando as etapas e atores sociais envolvidos, responsáveis pela coleta de dados até a aprovação final do documento.

O capítulo 2 analisa a resposta brasileira do ponto de vista político e programático. Seu principal objetivo é discutir o eixo central da resposta brasileira à aids, inserida do Sistema Público de Saúde (SUS).

O capítulo 3 apresenta o perfil da epidemia de aids no Brasil. Na primeira parte, descreve o cenário epidemiológico e sua leitura se complementa com os indicadores de compromisso que estão apresentados de modo detalhado no anexo 6.3. A segunda parte trata do cenário programático e organizacional, destacando os avanços nas áreas de governança, prevenção e redução das vulnerabilidades, pesquisas em DST/HIV/aids, cuidado, apoio e tratamento e Direitos Humanos.

O capítulo 4 descreve a atuação do Brasil no cenário internacional de luta contra a aids, destacando os processos de cooperação técnica horizontal.

O capítulo 5 apresenta os desafios e perspectivas de cenários futuros para a epidemia no Brasil, bem como as lições aprendidas da resposta brasileira à aids. A parte narrativa encerra com a indicação das referências bibliográficas e dos sítios virtuais consultados para sua elaboração.

Estão anexados ao relatório narrativo os 25 indicadores de progresso, divididos em três seções: I) gastos domésticos e internacionais com aids por categoria e fontes de financiamento; II) índice composto de política nacional que, a partir de três formulários, apresenta a visão dos agentes governamentais, dos organismos internacionais e agências bilaterais e da sociedade civil; e III) 23 indicadores que descrevem, de forma quantitativa, dados relativos ao funcionamento de programas, ao conhecimento e comportamento da população e ao impacto da aids.

A listagem de siglas está situada nas páginas iniciais, para facilitar a consulta ao longo da leitura.

## Capítulo 1 – Processo de elaboração do relatório

O processo de elaboração deste relatório, coordenado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, foi iniciado em abril de 2009, com reuniões das áreas técnicas do Ministério da Saúde e instituições parceiras para avaliar a elaboração dos relatórios anteriores. Os principais pontos destacados nessa avaliação, e já implementados na redação do presente relatório, foram: ampliação da participação e envolvimento de atores sociais na elaboração do relatório de progresso; coleta de dados que evidencie a diversidade regional brasileira; ampliação na coleta de dados para informação completa dos 25 indicadores solicitados; análise da situação da resposta nacional à aids, estabelecendo um diálogo com o sistema de saúde brasileiro (SUS).

A Comissão Nacional de DST e Aids (CNAIDS) – comissão consultiva do Departamento composta por 42 membros que representam instituições governamentais, sociedade civil, empresas e instituições de pesquisa – a partir de junho, assumiu a condução do processo de construção do documento.

Estruturou-se um grupo de trabalho (GT UNGASS) que coordenou uma rede de colaboradores para coleta de dados, preenchimento dos formulários e redação das sucessivas versões do documento, bem como o andamento geral do processo.

Entre os meses de julho e dezembro de 2009, foi promovida intensa mobilização de gestores e representantes da sociedade civil para avaliação da resposta brasileira no período compreendido pelo relatório. Para subsidiar as contribuições, foi disponibilizado na internet um documento com “perguntas e respostas” sobre o tema, tendo-se realizado várias discussões a partir de eventos, os chamados “Fóruns UNGASS”. Nesse período, completou-se a coleta de dados para o relatório narrativo e o processo de preenchimento dos formulários.

O Índice Composto de Política Nacional (ICPN) foi amplamente divulgado e debatido. Os diversos atores sociais (agentes governamentais, estaduais e municipais; sociedade civil; organismos internacionais e agências bilaterais) debruçaram-se sobre o formulário do ICPN e responderam ao conjunto de questões que avalia a resposta brasileira no biênio 2008/2009. A leitura do texto permitirá identificar as diferenças de ênfase na avaliação da resposta brasileira, de acordo com o entender de cada um dos três atores sociais.

A Parte A do ICPN foi debatida e preenchida pela Comissão de Gestão das Ações em DST/Aids (COGE), que possui representantes dos programas federal, estaduais e municipais de DST/Aids.

A parte B do ICPN foi debatida em duas instâncias e apresenta-se, aqui, em duas versões. Ao longo do processo de construção do presente relatório de progresso, houve consenso entre os participantes de que não era possível se chegar a um denominador comum que permitisse apresentar em um mesmo formulário as visões da sociedade civil e dos organismos internacionais e agências bilaterais. Dessa forma, optou-se por formulários diferentes, que, nesta versão do relatório, podem ser apreciados de forma mais completa. Um dos formulários foi preenchido a partir do Grupo de Trabalho UNAIDS (GT UNAIDS) e um segundo formulário ficou a cargo de um expressivo grupo de organizações da sociedade civil brasileira, mobilizadas a partir de diversos fóruns de articulação.

As contribuições recebidas superaram expressivamente as relativas ao relatório anterior. No formulário da sociedade civil, por exemplo, o número de instituições que enviaram informações via formulário passou de 02 para 37. Os representantes da sociedade civil no GT UNGASS consolidaram as respostas e a versão final do formulário foi validada na Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais – CAMS. A listagem de Fóruns, Redes, ONG, Associações e Ativistas que colaboraram com informações para o questionário da sociedade civil encontra-se discriminada no respectivo formulário.

Em final de janeiro de 2010, estava concluída a primeira versão do documento, que ficou à disposição na internet para consulta pública no período de 2 a 23 de fevereiro. As contribuições dos internautas foram acrescentadas ao relatório, e essa última versão foi analisada e aprovada pela CNAIDS, em uma reunião extraordinária no início de março, sendo então encaminhada para tradução e editoração, para envio às Nações Unidas.

## Capítulo 2 – A resposta brasileira à aids e o Sistema Público de Saúde

A conexão principal que mantém a resposta brasileira à aids, em seus mais de 25 anos de existência, é a estruturação das ações como parte do SUS – Sistema Único de Saúde, o sistema público de saúde do país. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Os princípios básicos do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade. O SUS se organiza de forma descentralizada, com as ações articuladas entre as três esferas da Federação: União, Estados e Municípios.

Se no Brasil é possível falar em prevenção como direito (o direito à prevenção e ao acesso dos insumos a ela necessários) e se conseguiu estruturar e manter um programa de acesso universal ao tratamento antirretroviral, é porque nossa resposta nacional à aids se insere dentro de uma noção de saúde como direito de todos. Essa noção se ancora nos Direitos Humanos, sendo assegurada pelo SUS e pela mobilização permanente da sociedade civil para sua efetiva implantação.

Se no Brasil é possível falar em resposta nacional à epidemia, no quadro da vulnerabilidade e dos Direitos Humanos, é porque esta foi estruturada em conexão com o direito à saúde. A constituição brasileira de 1988, conhecida popularmente como constituição cidadã, é a primeira carta magna brasileira a afirmar o direito à saúde como direito fundamental, nisso entrando em sintonia com o que é preceituado pela Organização Mundial de Saúde, em diferentes resoluções que reiteram o direito à saúde como direito fundamental de todo ser humano.

Se no Brasil tem sido possível garantir os recursos necessários para a luta contra a aids, incluindo-se aí a aquisição e distribuição de medicamentos antirretrovirais, cobertura dos custos de exames e outros procedimentos, em grande medida é porque essa demanda se insere numa luta mais ampla pela manutenção e ampliação das fontes de financiamento público. Se no Brasil os números de atendimento às pessoas vivendo com HIV/aids mostram uma grande cobertura, mesmo quando comparados com a população brasileira que se estima portadora do HIV, é porque guardam conexão com os grandes números exibidos pelo SUS no cuidado à saúde da população, indicando também ampla cobertura.

Do ponto de vista político e programático, essa é a característica mais importante da resposta brasileira à aids. A resposta brasileira à aids considera que, para ser eficiente, duradoura, capaz de manter-se e inovar, deve atentar para o cuidado à saúde



em todas as suas dimensões e possuir um sistema de saúde pública bem estruturado. Questões estratégicas para a manutenção do programa brasileiro de aids, como o caso do licenciamento compulsório de medicamentos antirretrovirais, só puderam ser enfrentadas nos últimos anos por conta de outras iniciativas no mesmo sentido, tomadas pelo conjunto do sistema público de saúde brasileiro, cada vez mais envolvido em garantir o acesso aos medicamentos essenciais ao conjunto da população.

Dessa forma, um dos desafios futuros para o Programa Brasileiro de Aids é conjugar a manutenção dos elevados níveis de investimento para o enfrentamento da doença com o fortalecimento do Sistema Público de Saúde. Isso significa também combinar a luta contra a aids com políticas de Estado para a ampliação da cidadania e dos direitos e o fortalecimento da democracia, tal como expresso nos princípios do sistema público de saúde brasileiro.

Em conexão bastante estreita com esses princípios, tanto da luta contra a aids quanto do sistema público de saúde, ganha consistência a prática de desenhar as ações em aids amparadas no quadro da vulnerabilidade e dos Direitos Humanos, com ampla participação da sociedade civil em todos os níveis, e com a valorização das diversas identidades como modo de ampliação da inclusão nas políticas de saúde.

## Capítulo 3 – A epidemia de aids no Brasil

### 3.1 – Cenário epidemiológico

#### A. Números gerais da epidemia de aids no Brasil:

- Estimativa de pessoas infectadas pelo HIV, 2006: 630.000
- Prevalência da infecção pelo HIV na população entre 15 e 49 anos: 0,61% (sexo feminino: 0,41% e sexo masculino 0,82%)
- Casos novos de aids em 2008: 34.480
- Taxa de incidência de aids em 2008: 18,2 por 100.000 habitantes
- Casos acumulados de aids no período de 1980 a junho de 2009: 544.846
- Número de óbitos por aids em 2008: 11.523
- Coeficiente de mortalidade por aids em 2008: 6,1 por 100.000 habitantes
- Número de óbitos por aids no período de 1980 a 2008: 217.091

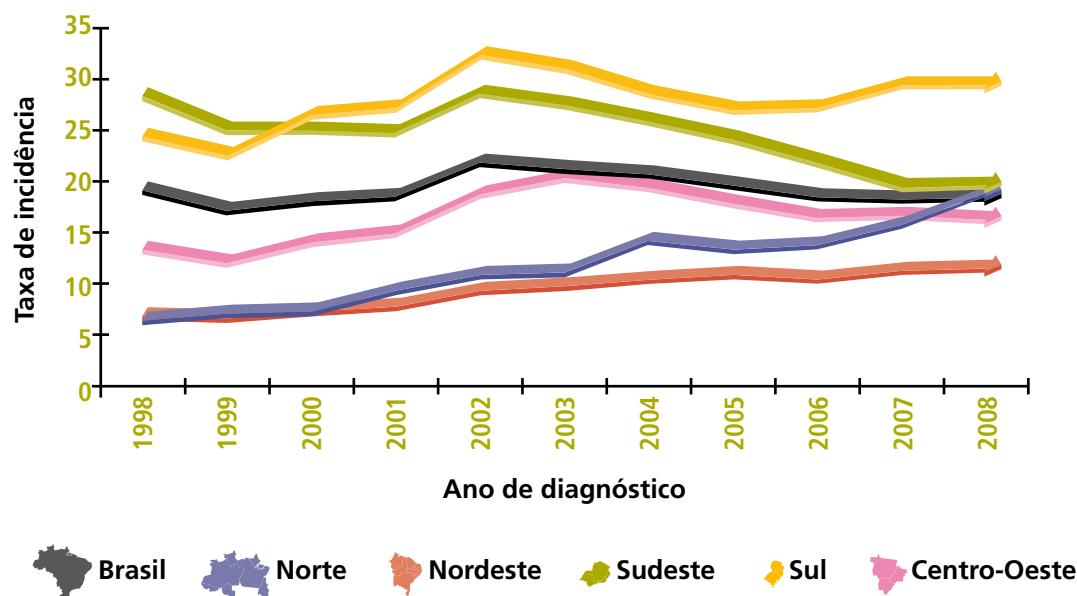
Estima-se que, no Brasil, cerca de 630 mil indivíduos de 15 a 49 anos de idade vivam com o HIV/aids. De acordo com parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, a epidemia de aids no país é concentrada, ou seja, apresenta taxa de prevalência da infecção pelo HIV menor que 1% entre parturientes residentes em áreas urbanas e maior que 5% em subgrupos populacionais sob maior risco para infecção pelo HIV. A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, no país, na população de 15 a 49 anos, mantém-se estável em aproximadamente 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens (SZWARCOWALD et al., 2008). Entre os jovens do sexo masculino de 17 e 20 anos, a taxa de prevalência do HIV foi estimada, em 2007, em 0,12%, apresentando ligeiro aumento quando comparada com a estimativa de 2002 (0,09%), embora não estatisticamente significativo (SZWARCOWALD et al., 2005, 2010). Entre mulheres jovens de 15 a 24 anos, a taxa de prevalência estimada em 2006 foi semelhante à encontrada em 2004, em torno de 0,28% (SZWARCOWALD et al., 2008).

Em relação aos subgrupos populacionais sob maior risco, estudos realizados em 10 municípios brasileiros (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande e Brasília), entre 2008 e 2009, estimaram taxas de prevalências de HIV de 5,9% entre usuários de drogas ilícitas (BASTOS, 2009), de 12,6% entre homens que fazem sexo com homens (HSH) (KERR, 2009) e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (SZWARCOWALD, 2009).

Com relação aos casos de aids, de 1980 até junho de 2009, foram identificados 544.846 casos. Em média, são identificados 35 mil novos casos por ano. A taxa de

incidência de aids vem apresentando tendência à estabilização, em patamares elevados, nos últimos anos. E, em 2008, atingiu 18,2 por 100.000 habitantes. Existem, entretanto, grandes diferenças na distribuição pelas regiões geográficas, com declínio da taxa de incidência nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, no período de 2000 a 2008, e aumento nas regiões Norte, Nordeste e Sul (Figura 1). A Região Sudeste ainda concentra o maior percentual de casos identificados no país, com 59,3%; a região Sul, 19,2%; a Nordeste, 11,9%; a Centro-Oeste, 5,7%; e a Norte, 3,9%.

**Figura 1.** Taxa de incidência de aids(1) (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008



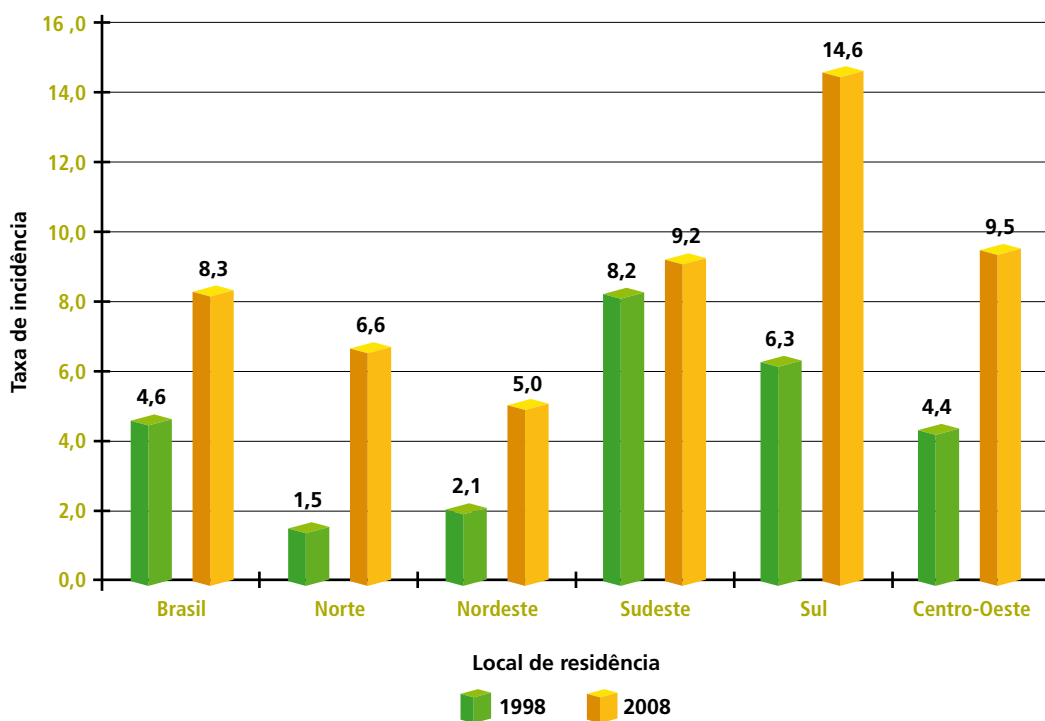
FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)> no menu informações em saúde > Demográficas e socioeconômicas, acessado em 20/10/2009.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

No que se refere à análise por tamanho populacional dos municípios, observa-se que em municípios com mais de 500 mil habitantes há decréscimo da taxa de incidência. Comparando-se 1998 e 2008, a taxa de incidência variou de 34,1 para 28,4 casos para cada 100.000 habitantes. Já nos municípios com menos de 50 mil habitantes, a taxa de incidência de aids passou de 4,6 casos para 8,3 no mesmo período. A tendência de crescimento da aids nos municípios menores e a queda nos maiores confirmam-se para as regiões Sudeste e Sul. No entanto, as regiões Norte e Nordeste apresentam um perfil epidemiológico diferente, com aumento da taxa de incidência, quando se compara 1998 com 2008, tanto em municípios grandes quanto em pequenos (Figuras 2 e 3).

**Figura 2.** Taxa de incidência de casos de aids(1) (por 100.000 habitantes) em municípios com menos de 50.000 habitantes, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 e 2008.

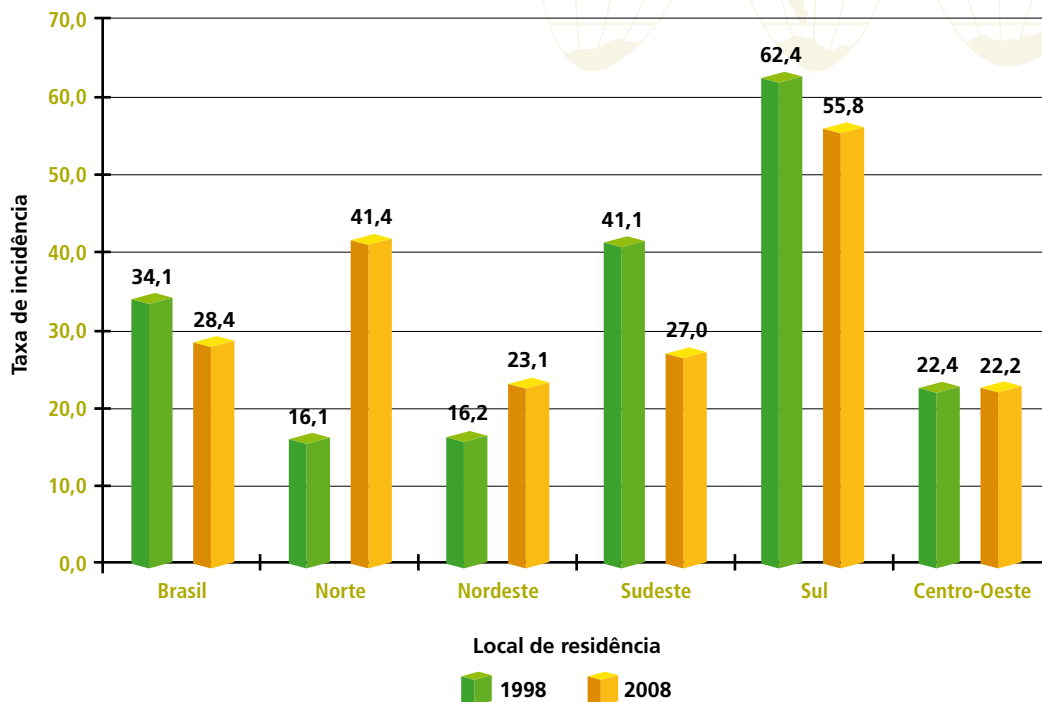


FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para 2007.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br> no menu Informações em saúde > Demográficas e socioeconômicas, acessado em 20/10/2009.

**Figura 3.** Taxa de incidência de casos de aids(1) (por 100.000 habitantes) em municípios com 500.000 habitantes ou mais, segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 e 2008.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para 2007.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)> no menu Informações em saúde > Demográficas e socioeconômicas, acessado em 20/10/2009.

O número de municípios brasileiros com pelo menos um caso de aids cresce ao longo dos anos (Figura 4), passando de 57,5% em 1998 para 87% em 2008. Noventa por cento dos municípios brasileiros têm menos de 50 mil habitantes (4.981 municípios), abrangendo, por conseguinte, apenas 34% da população brasileira e 11% dos total dos casos de aids identificados no país. Por outro lado, somente 0,7% dos municípios brasileiros têm mais de 500.000 habitantes. Esses municípios concentram quase 30% da população e mais da metade (51,5%) dos casos de aids.

Figura 4. Municípios com pelo menos um caso de aids por período de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2009

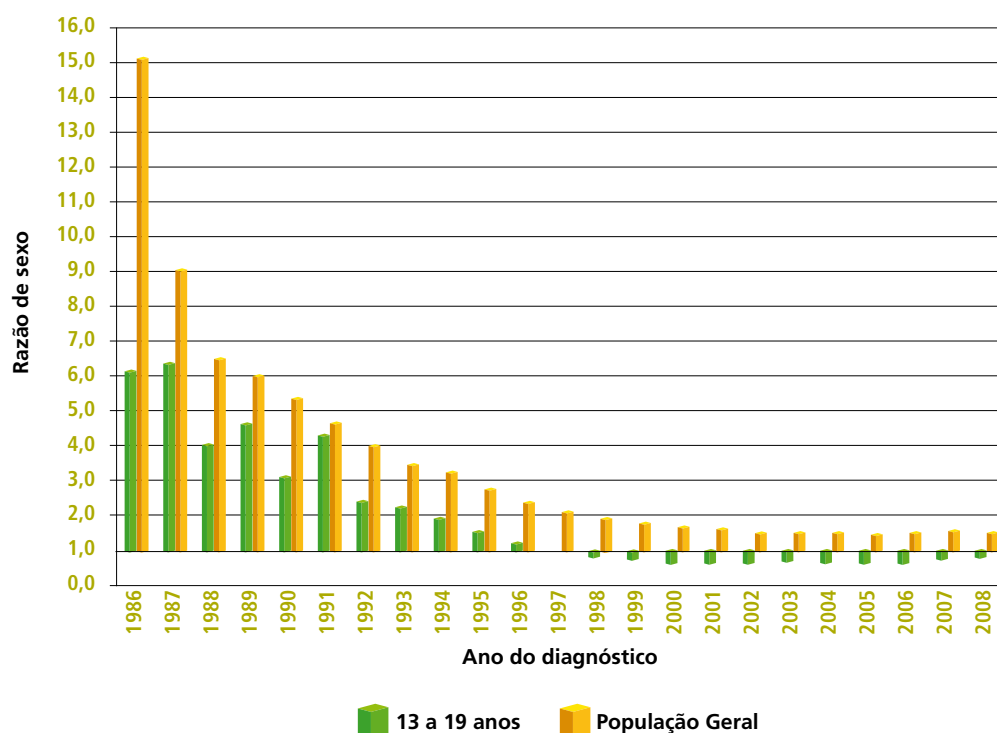


FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

A análise de casos de aids por sexo mostra que, entre homens, a taxa de incidência em 2008 foi de 22,3 casos por 100.000 habitantes. Entre as mulheres, a taxa foi de 14,2 casos por 100.000 habitantes. Tanto entre homens quanto entre mulheres, as maiores taxas de incidência encontram-se na faixa etária de 25 a 49 anos e, a partir de 40 anos de idade, observa-se uma tendência de crescimento nos últimos dez anos. A razão de sexo (M:F) no Brasil diminuiu consideravelmente desde início da epidemia até os dias atuais: em 1986, a razão era de 15,1:1 e, a partir de 2002, a razão de sexo estabilizou-se em 1,5:1. Na faixa etária de 13 a 19 anos, o número de casos de aids é maior entre as meninas e essa inversão é observada desde 1998, com 0,8:1 (Figura 5).

**Figura 5.** Razão de sexo (M:F) dos casos de aids(1) segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1986 a 2008.



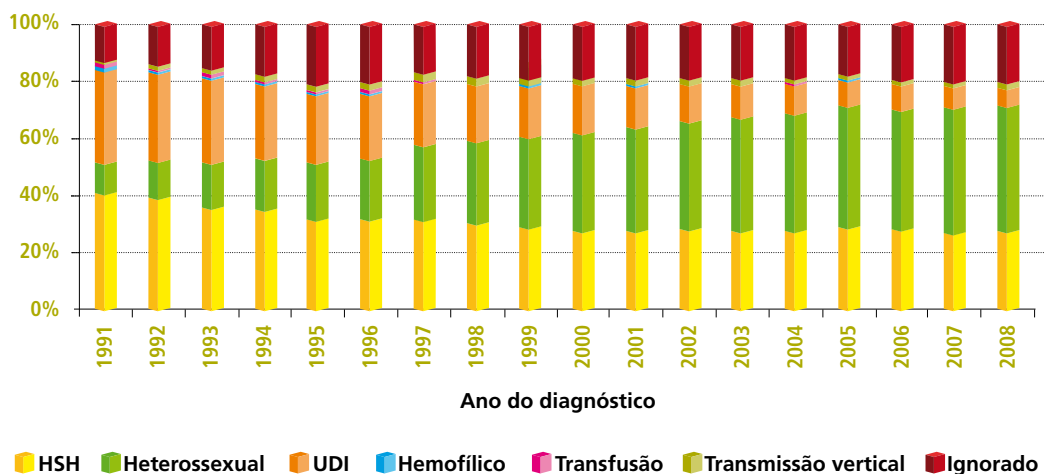
FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLUM até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Apesar do crescimento observado no número de casos de aids entre as mulheres, nos últimos anos, estudo recente mostra que os HSH e usuários de drogas injetáveis (UDI) masculinos continuam apresentando risco maior de infecção pelo HIV do que na população em geral, com taxas de incidência em torno de 15 vezes maiores do que entre os heterossexuais (BARBOSA JR. et al., 2009). A análise por categoria de exposição demonstra que a categoria de exposição sexual, em 1998, era responsável por 91,3% dos casos, percentual que, em 2008, subiu para 97%. Entre indivíduos adultos do sexo masculino, houve aumento na proporção de casos de aids entre heterossexuais,

que passou de 30,3%, em 1998, para 45,2%, em 2008 (Figura 6). Observa-se uma tendência de estabilização na proporção de casos de aids entre HSH a partir do ano 2000. No entanto, na faixa de 13 a 24 anos, verifica-se aumento na proporção de casos de aids nesse grupo populacional, que passou de 35%, em 2000, para 42,7%, em 2008 (Figuras 6 e 7). Na categoria de exposição sanguínea, verifica-se uma acentuada queda na proporção de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI). A proporção de casos caiu de 16,3%, em 1998, para 4,9%, em 2008.

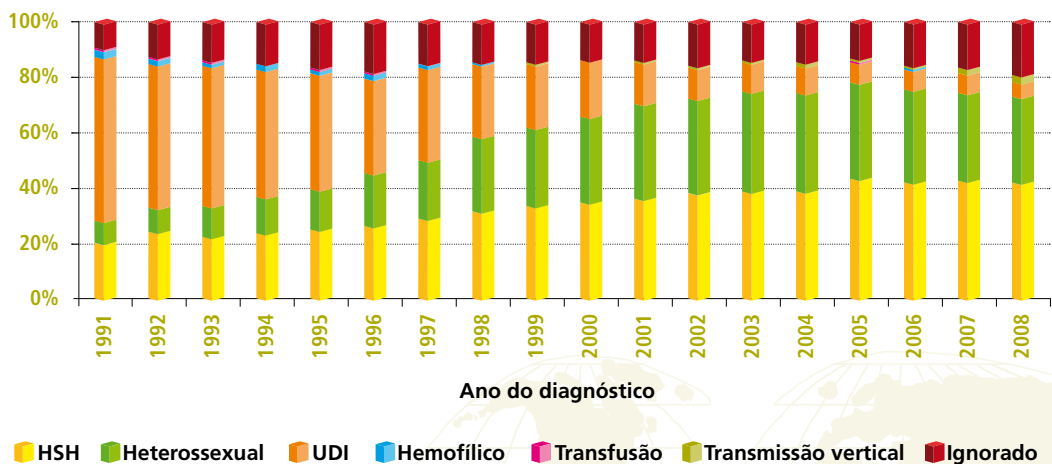
**Figura 6.** Distribuição percentual de casos de aids(1) em homens de 13 anos de idade e mais, segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico. Brasil, 1991 a 2008.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2009. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

**Figura 7.** Distribuição percentual de casos de aids(1) em homens de 13 a 24 anos de idade segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico. Brasil, 1991 a 2008.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2009. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

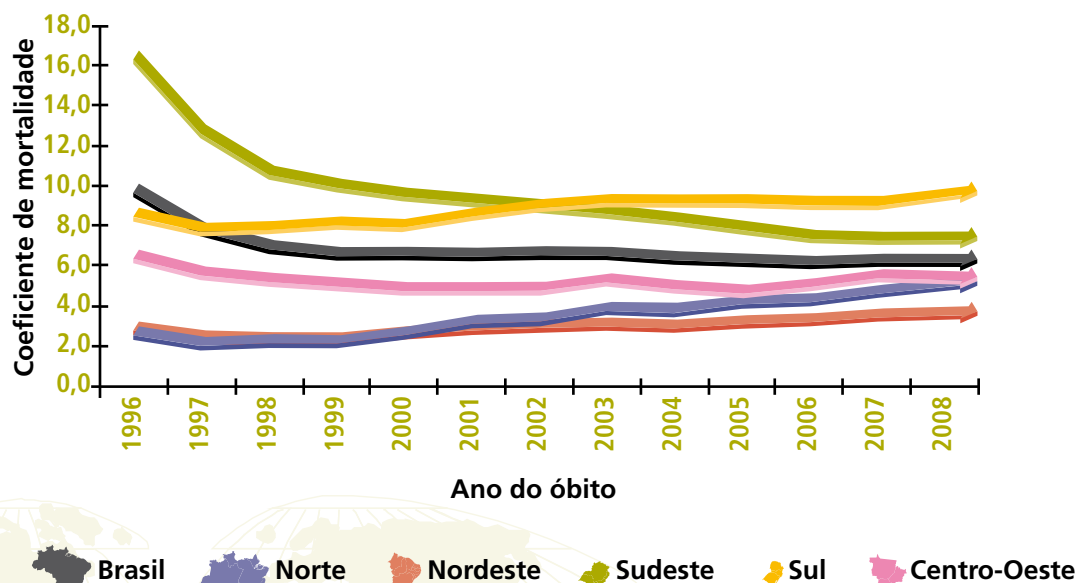


Em fase anterior à introdução da terapia antirretroviral (TARV) no Brasil, a taxa de transmissão vertical do HIV foi estimada em 16%, em estudo realizado no estado de São Paulo (TESS et al., 1998). Em 2004, observou-se tendência de diminuição da taxa de transmissão vertical do HIV, que foi estimada em 6,8% (SUCCI et al., 2007). A categoria de exposição “transmissão vertical” representa a principal forma de transmissão da quase totalidade de casos entre menores de cinco anos. A taxa de incidência de aids nessa faixa etária vem sendo utilizada no país como proxy da taxa de transmissão vertical do HIV. Corroborando os achados anteriores, no período de 1998 a 2008, o Brasil reduziu em 49,0% a incidência de casos de aids em crianças menores de cinco anos, que passou de 5,9 em 1998, para 3,0 por 100.000 habitantes em 2008.

Em relação ao tratamento profilático para redução da transmissão vertical do HIV durante o parto, em 2009, a cobertura desse tratamento foi estimada em, aproximadamente, 50%, apresentando tendência de crescimento desde 2003 (46,6%).

Quanto à mortalidade por aids, na última década, o país vem registrando uma média de 11.000 óbitos por ano. O coeficiente de mortalidade por aids variou de 9,6 em 1996, para 6,0 por 100.000 habitantes, em 2006, e se mantém estável desde então. Em relação os indivíduos menores de cinco anos, o coeficiente de mortalidade por aids apresentou declínio de cerca de 62,5%, passando de 1,6 em 1998 para 0,6 por 100.000 habitantes em 2008. A análise por região demonstra que o coeficiente de mortalidade aumentou nas regiões Sul, Norte e Nordeste, apresentou tendência de estabilização na Centro-Oeste e diminuição na Sudeste (Figura 8).

**Figura 8.** Coeficiente de mortalidade por aids (por 100.000 habitantes) padronizado por idade(1), segundo região de residência e ano do óbito. Brasil, 1996 a 2008.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

NOTA: (1) Utilização do método direto usando como base a população brasileira.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br> no menu informações em saúde > Demográficas e socioeconômicas, acessado em 20/10/2009. Dados preliminares para 2008.

Nos últimos anos, observa-se um aumento na sobrevivência de pacientes com aids. A probabilidade de sobrevivência em crianças aos 60 meses após o diagnóstico, que era de 58,3% dentre aquelas diagnosticadas em 1995 e 1996 (MATIDA, 2007), passou para 86,3% entre as diagnosticadas em 1999 e 2002 (MATIDA, 2008). Em relação aos adultos, a mediana de sobrevivência de pacientes diagnosticados com aids entre 1982 a 1989 era de 5,1 meses (CHEQUER, 1992), passando para 58 meses em pacientes diagnosticados em 1995 e 1996 (MARINS, 2003). Em estudo recente com pacientes diagnosticados em 1998 e 1999, a mediana de sobrevivência aumentou para mais de 108 meses (GUIBU, 2008).

Entre 2003 e 2008, a proporção média de pacientes HIV positivos virgens de tratamento que chegaram ao serviço de saúde com contagem de CD4 inferior a 200 células por mm<sup>3</sup> foi de 32,5%; os que chegaram ao serviço com CD4 superior a 350 células por mm<sup>3</sup> representaram cerca de 47%. Entre 2003 e 2008, observa-se ligeiro aumento na proporção de pacientes HIV positivos com CD4 inferior a 200 células por mm<sup>3</sup>, que passou de 32,9% em 2003 (SOUZA JR. et al., 2007) para 34,9% em 2008.

Atualmente, no Brasil, 190 mil pacientes HIV positivos estão em TARV e quase 35 mil pacientes iniciaram a terapia em 2008. Dentre esses pacientes que iniciaram o tratamento em 2008, 98,7% continuavam em tratamento após 12 meses do início, o que demonstra adesão ao tratamento.

Em relação ao diagnóstico da infecção pelo HIV, a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP) realizada em 2008, comparada à mesma pesquisa realizada em 2004, mostrou um aumento na cobertura de teste para detecção do HIV: em 2004, cerca de 28% da população sexualmente ativa de 15 a 54 anos declararam ter realizado o teste em algum momento da vida e, em 2008, esse percentual subiu para 38,4%. Da mesma forma, estudo realizado periodicamente no país entre mulheres parturientes revelou aumento na cobertura de teste para o HIV durante a gestação. A proporção de gestantes que realizaram o teste de HIV e conheceram o resultado durante o pré-natal passou de 52%, em 2002, para 62%, em 2004, mantendo-se nesse patamar também em 2006. Observou-se, também, aumento de 50% no número de testes para a detecção da infecção pelo HIV realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2000 e 2008.

A PCAP mostra que, em 2008, a proporção de homens e mulheres de 15 a 49 anos que realizaram o teste de HIV nos 12 meses anteriores à pesquisa e que conheciam o resultado do último teste realizado foi de 13,1%, sendo 10,1%, entre os homens e 15,9% entre as mulheres. Essa cobertura foi maior entre os grupos sob maior risco de infecção pelo HIV: 17,5% entre as mulheres profissionais do sexo, 19,1% entre os HSH e 13,2% entre os usuários de drogas ilícitas.

Quanto às atividades de prevenção, os resultados do Levantamento das Ações em Promoção à Saúde e Educação Preventiva do Censo Escolar, em 2007, mostram que 63% dos estabelecimentos brasileiros de ensino básico trabalhavam com o tema DST. Essa proporção é maior do que a observada em 2005, 60,4%. Considerando-se somente

os estabelecimentos de ensino fundamental, a proporção passou de 67,8% em 2005 para 72,7% em 2007. Já entre as escolas de ensino médio, essa proporção passou de 96,2% para 97,5%, no mesmo período.

Observou-se também tendência de aumento na proporção de estabelecimentos de ensino básico que responderam ao Levantamento de Saúde e que relataram a distribuição de preservativos dentre as atividades relacionadas à DST e aids desenvolvidas na escola. Enquanto em 2005 essa proporção foi de 5,7%, a proporção correspondente, em 2007, foi de 7,9%.

Ainda com respeito às atividades de prevenção, em 2009, 47% das mulheres profissionais do sexo foram assistidas por programas de prevenção, sendo que 57% declararam saber onde poderiam fazer o teste de HIV gratuitamente e 77,2% receberam preservativos de graça nos últimos 12 meses (SZWARCOWALD, 2009). Em torno de 37,4% dos HSH foram assistidos por programas de prevenção; 47,3% sabiam onde fazer o teste de HIV de graça e 72,4% receberam preservativos nos últimos 12 meses (KERR, 2009). Já dentre os usuários de drogas ilícitas, 40% tiveram acesso a programas de prevenção, sendo que 48,6% sabiam onde fazer o teste de HIV gratuitamente; entretanto, apenas 28,6% receberam preservativos de graça (BASTOS, 2009).

Quanto ao conhecimento das formas de prevenção e transmissão do HIV, a maior parte da população brasileira entre 15 e 54 anos (98%) afirmou que o uso de preservativo é a melhor forma de se prevenir contra a infecção pelo HIV, sendo essa proporção semelhante à observada em 2004. Por outro lado, observa-se uma redução na proporção de indivíduos com conhecimento correto das formas de transmissão, ou seja, acerto das cinco questões (sabe que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectado pelo HIV; acha que ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do HIV; sabe que o uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV; sabe que não pode ser infectado por picada de inseto; sabe que não pode ser infectado pelo compartilhamento de talheres), proporção essa que passou de 67,1%, em 2004, para 57,5%, em 2008.

Dentre os jovens de 15 a 24 anos, a proporção com conhecimento correto das formas de transmissão foi de quase 52%, sendo 52,9% entre os homens e 50,4% entre as mulheres. Quase 76% dos jovens concordam que o risco de transmissão do HIV pode ser reduzido se o indivíduo tiver relações sexuais com parceiro fiel e não infectado; 92,6%, que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV; 96,1%, que não se pode ser infectado ao ser picado por um inseto; e 74,9%, que não se pode ser infectado ao compartilhar talheres.

A proporção de HSH que identificou corretamente as formas de se proteger da transmissão sexual do HIV e rejeitou os maiores equívocos relacionados às formas de transmissão do vírus foi de 62,3% (KERR, 2009). Dentre os usuários de drogas ilícitas, o percentual observado foi de 31,7% (BASTOS, 2009), e, dentre as mulheres profissionais do sexo, de 42,3% (SZWARCOWALD, 2009).

Acerca das práticas sexuais relacionadas à infecção pelo HIV, em 2008, cerca de 90% da população de 15 a 54 anos havia tido pelo menos uma relação sexual na vida e 79% tiveram relação sexual no ano anterior à pesquisa, proporções essas semelhantes às observadas em 2004. No mesmo período, aumentou a proporção de indivíduos com início da atividade sexual antes dos 15 anos, que passou de 25,2%, em 2004, para 27,7% em 2008. Entre os jovens de 15 a 24 anos, essa proporção foi de 35,4% em 2008, semelhante à observada em 2004, e variou entre 41% entre os jovens do sexo masculino e 29,5% entre as jovens do sexo feminino.

Com respeito à multiplicidade de parcerias, observa-se ligeiro aumento na proporção de indivíduos de 15 a 49 anos que declararam ter tido mais de um parceiro na vida, a qual passou de 63,8%, em 2004, para 66,1% em 2008. Nesse último ano, a mesma proporção foi de 75,7% entre os homens e 56,6% entre as mulheres. Aproximadamente 9% da população brasileira de 15 a 54 anos teve mais de cinco parceiros eventuais nos últimos 12 meses, mais do que o dobro da observada em 2004, 4%.

No que se refere aos indicadores de práticas de sexo protegido, nota-se uma diminuição no uso de preservativo entre 2004 e 2008, exceto para o uso regular com qualquer tipo de parceiro. O uso de preservativo na última relação com parceiro casual passou de 67% para 60%, e o uso regular com parceiro casual, de 51,5% para 46,5%, no período. O uso regular com parceiro fixo também diminuiu, passando de quase 25%, em 2004, para 20% em 2008.

Dentre aqueles indivíduos que tiveram mais de um parceiro na vida, o uso de preservativo na última relação sexual com qualquer parceiro foi de 39,2%, proporção essa 10% menor do que a observada em 2004 (43,1%). O uso de preservativo com parceiro casual, apesar de mais frequente do que o uso com qualquer parceiro, também apresentou declínio no período analisado, passando de 70,4%, em 2004, para 60,2% em 2008.

Dentre as mulheres profissionais do sexo, 90% delas declararam uso de preservativo com o último cliente, mas o uso em todas as relações com clientes foi reportado por apenas 55,2% (SZWARCOWALD, 2009). Aproximadamente 48,3% dos HSH referiram uso de preservativo na última relação sexual com parceiro casual do sexo masculino, nos últimos 12 meses (KERR, 2009). Dentre os usuários de drogas ilícitas, 70,1% referiram uso de preservativo na última relação sexual com parceiro casual nos últimos 12 meses (BASTOS, 2009).

Em 2009, aproximadamente 54% dos UDI relataram não ter compartilhado seringas nos últimos 12 meses (BASTOS, 2009).

## 3.2 – Cenário programático e organizacional

### 3.2.1 – Governança

A política nacional de saúde no Brasil é liderada pelo Ministério da Saúde, a quem cabe a efetivação das articulações multissetoriais de interesse da área. Trata-se de um sistema descentralizado com comando único em cada esfera de governo. No Ministério da Saúde, é o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais que coordena a política nacional de enfrentamento à epidemia. Em sintonia com a política nacional, estados e municípios mantêm em sua estrutura instâncias de coordenação e mobilização local. Em 2009, o Ministério da Saúde formalizou em sua estrutura o Programa Nacional de DST e Aids, elevando o seu *status* administrativo para “Departamento” (Decreto nº 6.860, da Presidência da República) e marcando a importância política do tema para o país. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais é responsável por estabelecer as diretrizes da política nacional de combate à aids, apoiando estados e municípios no planejamento, implementação, monitoramento e avaliação das ações. Além do financiamento das ações relacionadas à prevenção, diagnóstico e assistência em DST/aids, o Ministério da Saúde utiliza, desde 2002, um mecanismo de repasse regular de recursos às secretarias estaduais e mais de 480 secretarias de saúde dos municípios prioritários para o controle da epidemia. Essa estratégia, denominada Política de Incentivo às Ações em DST/Aids, destina-se ao fortalecimento da gestão dos programas locais, aumentando a autonomia para o planejamento e implementação das ações, com participação social. Além disso, o Ministério da Saúde promove e articula políticas intersetoriais de governo para a promoção dos Direitos Humanos das pessoas que vivem com HIV/aids e das populações vulneráveis.

#### Gestão participativa

A participação social na elaboração de políticas públicas contribui para o exercício da cidadania e para o controle social. Essa expressão, que passa a ser utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), indica a necessidade da participação social na elaboração e acompanhamento das políticas públicas. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde, órgão de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde e composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, em 2003 criou um subgrupo específico para o tema da aids, a Comissão de Acompanhamento das Políticas de DST e Aids (CAPDA). A Comissão reúne-se quatro vezes ao ano e colabora diretamente para a formulação e avaliação de estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Nos últimos anos, tem sido um espaço de diálogo importante acerca dos temas que dizem respeito ao apoio às pessoas que vivem com HIV/aids, ao combate à criminalização em razão da transmissão do HIV e ao acompanhamento dos recursos para HIV/aids repassados aos estados e municípios.

A Comissão Nacional de DST e Aids (CNAIDS) – é instância de caráter consultivo e multidisciplinar, composta por representantes de ONG e pessoas vivendo com HIV e aids (eleitas entre seus pares em encontros nacionais), acadêmicos e gestores estaduais e municipais de saúde, além de representantes de outros Ministérios, de religiões e do setor empresarial. A CNAIDS assessora a coordenação da política nacional, fazendo parte da estrutura do Departamento desde 1986. Colabora nas ações de controle da aids, envolvendo os aspectos médicos, científicos, sociais, jurídicos e de gestão da política nacional. Em outubro de 2009, a CNAIDS completou cem reuniões realizadas, todas no sentido de assessorar a elaboração e o monitoramento de políticas públicas de enfrentamento da epidemia. Reconhecendo sua importância e pluralidade de representações, o governo brasileiro confiou à CNAIDS a elaboração do presente relatório.

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

- I. Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais – CAMS: objetiva a articulação, consulta e participação dos atores da sociedade civil que trabalham no enfrentamento da epidemia de aids (eleitos entre seus pares em encontros nacionais). Sua finalidade é promover melhores formas de integração entre as ações do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e seus parceiros do movimento social, buscando aperfeiçoar as políticas públicas, orientadas para a prevenção e assistência às DST/HIV/aids, assim como a promoção dos Direitos Humanos das pessoas que vivem com HIV/aids. Atualmente, a CAMS é composta por 10 (dez) representantes dos Fóruns de ONG/Aids dos 26 estados e Distrito Federal e 10 (dez) representantes de redes e movimentos nacionais (pessoas vivendo com HIV/aids, prostitutas, mulheres, homossexuais, travestis e transexuais, estudantes, redutores de danos e usuários de drogas, negros, indígenas e de organizações populares).
- II. Comissão de Gestão das Ações de DST e Aids – COGE: visa à articulação e discussão das políticas de DST/aids com representantes dos Programas Estaduais e Municipais para o fortalecimento do processo de descentralização das ações em saúde. É composta por 10 (dez) representantes de municípios e 10 (dez) representantes de estados, com equidade regional.

Há também um forte estímulo à constituição de comissões estaduais e municipais de DST e Aids nos 26 estados e Distrito Federal e nos 450 municípios mais afetados pela epidemia. Na maioria dos espaços governamentais de construção de políticas públicas é assegurado, formal ou informalmente, o espaço de representação das Organizações da Sociedade Civil. Também é realizado um estímulo à participação social por meio de reuniões, encontros, seminários e grupos de trabalho.

Como exemplo, em 2008 e 2009, foram realizadas a “Consulta Nacional sobre DST, Aids, Direitos Humanos e Prostituição” e a “Consulta Nacional sobre HIV

nos Presídios”. Ambas tiveram ampla participação e produziram, como resultado, documentos de recomendações nas respectivas temáticas.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais também realizou, no período de 6 de abril a 6 de maio de 2009, o Fórum virtual de DST e Aids “Prevenção na Rede” para debater questões de prevenção. Foram mais de 10 mil acessos ao Fórum, superando 1.200 pessoas inscritas. Organizaram-se 13 salas de discussão que cobriram ampla gama de temas relacionados a questões prioritárias da prevenção. Para além da inovação metodológica, o Fórum Virtual representou um marco político no debate sobre a prevenção às DST/aids no Brasil, propondo a todos os participantes o referencial da prevenção como um direito, ao qual deve ser assegurado o acesso universal e equitativo. A íntegra das discussões e participações pode ser acessada no endereço [http://sistemas.aids.gov.br/forumprevencao\\_final](http://sistemas.aids.gov.br/forumprevencao_final).

Outros espaços de diálogo que favorecem a gestão participativa são a Articulação Nacional de ONG/Aids, Articulações Nacionais de Movimentos Sociais e Fóruns Estaduais de ONG/Aids (espaços de articulação entre as ONG, redes e movimentos sociais que trabalham no tema HIV/aids). Um desafio importante nessa temática é o fortalecimento da participação dessas representações nos espaços consultivos e deliberativos para a construção das políticas públicas.

Também se destacam outros tipos de liderança, como, por exemplo, a Frente Parlamentar Nacional de Luta contra a Aids, criada em 2001 como uma instância suprapartidária. Na legislatura de 2007 a 2010, o número de congressistas afiliados passou de 192 para 198. Existem também frentes parlamentares em oito estados do país: Amazonas, Ceará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, São Paulo (2008), Rio Grande do Sul (2009), Minas Gerais (2009) e em vários municípios do país. A atuação desses parlamentares tem sido de extrema importância para o debate e a proposição de leis, assim como para impedir a aprovação de projetos que seguem em direção contrária à política brasileira de enfrentamento da epidemia. No âmbito empresarial, destaca-se o CENAIDS – Conselho Empresarial Nacional de Prevenção ao HIV/Aids, cuja missão é mobilizar o setor empresarial para o enfrentamento da epidemia de aids, fortalecendo o exercício da responsabilidade social e a sustentabilidade das empresas.

### **Redução do impacto social e econômico da aids**

O impacto social e econômico da aids no desenvolvimento dos países é reconhecido em numerosos estudos nacionais e estrangeiros, bem como em documentos das Nações Unidas, dos quais um bom exemplo é o Relatório Anual 2008 da UNAIDS. Tratar da redução desse impacto foi um dos compromissos firmados na UNGASS-AIDS de 2001 entre os países, embora não tenham sido estabelecidos indicadores diretos e específicos para tal.

No caso brasileiro, um conjunto de políticas de proteção social colabora de modo direto ou indireto na redução do impacto social e econômico da aids. Além da política de saúde, merecem destaque nessa área as políticas nacionais de assistência e de previdência social.

No caso da Política Nacional de Previdência Social, há um conjunto de estratégias de proteção ao trabalhador contribuinte do Sistema de Previdência Social, em função do seu adoecimento e/ou incapacidade laborativa temporária ou permanente, que incluem a concessão de benefícios à promoção de reabilitação profissional. Por sua vez, a Política Nacional de Assistência Social, a partir da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), prevê a concessão de benefícios em razão da incapacidade laborativa e/ou adoecimento para pessoas em situação de pobreza.

Ainda no âmbito da assistência social, merece destaque o Programa “Bolsa Família”, programa de transferência de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (maiores detalhes em <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>). Atualmente, é o maior projeto social do governo.

Entretanto, o aumento da sobrevivência dos soropositivos, que gera o aumento de sua capacidade laboral, requer cada vez mais a adoção de estratégias para a inserção e manutenção do trabalho para as pessoas que vivem com HIV/aids. Este tem-se constituído um importante desafio para enfrentar o impacto social da epidemia de aids no Brasil.

Assim, além das políticas mencionadas, em 2008 foram implantados projetos-piloto voltados para melhoria de qualidade de vida, empregabilidade e geração de renda das pessoas vivendo com aids em três capitais: Salvador, Distrito Federal e São Paulo. Resultados parciais dessa iniciativa confirmam, ainda, a grande dificuldade que as pessoas com HIV/aids, em especial as que se encontram em situação de pobreza, enfrentam para acessar e/ou manter-se no mercado de trabalho formal. A baixa qualificação profissional do público acessado nessa iniciativa, aliada ao estigma e discriminação associados ao HIV, reforçam a necessidade da busca de novas alternativas de inclusão social de pessoas vivendo com HIV/aids.

### **Crise econômico-financeira mundial**

Do ponto de vista do desenvolvimento econômico dos países e seu impacto no panorama epidemiológico da aids, o evento mais importante para o biênio em análise foi a crise financeira e econômica mundial, cujas primeiras manifestações podem situar-se entre os meses de março e junho de 2008, e cujos efeitos ainda se fazem presentes em todos os países do mundo, cobrindo, portanto, todo o período abrangido por este relatório de progresso. De imediato, houve preocupação das autoridades mundiais em saúde quanto ao impacto da crise nas respostas nacionais à aids; fruto disso é o documento de junho de 2009 da UNAIDS intitulado “*The Global*



*Economic Crisis and HIV Prevention and Treatment Programmes: Vulnerabilities and Impact*”, e seu desdobramento como ponto de pauta na 25ª Reunião do Conselho Coordenador da UNAIDS realizada em Genebra, Suíça, entre os dias 8 e 10 de dezembro de 2009. Nessa oportunidade, foram levantadas cinco questões para avaliar, em cada país, os impactos da crise mundial na resposta à aids:

- a) A desaceleração econômica global tem tido um efeito sobre o financiamento de atividades de prevenção, apoio e cuidado à aids na sua cobertura e alcance?
- b) Em caso afirmativo, qual a gravidade desse efeito e quais programas (prevenção, tratamento, órfãos e crianças vulneráveis, serviços jurídicos e sociais) sofreram os impactos mais adversos?
- c) Que efeitos negativos adicionais estão previstos para os próximos meses?
- d) O que já foi feito, e o que poderá ser feito no futuro para enfrentar tais efeitos negativos, possibilitando aos programas de aids avançarem com suas metas de acesso universal e concretizarem os importantes benefícios previstos nas mesmas?
- e) O que os diversos atores – especialmente os governos, as organizações da sociedade civil e as organizações parceiras externas – podem fazer para implementar medidas visando amenizar os efeitos adversos da desaceleração econômica global sobre os programas de aids?

No caso do Brasil, o impacto da crise foi substancialmente menor do que em outros países, devido a um conjunto de fatores estruturais, tais como: um mercado interno forte e em expansão; estabilidade econômica e estabilidade política de longo prazo; grande volume de exportação de alimentos para um mercado diversificado de países; independência do petróleo importado; sistema bancário pouco exposto a riscos; fortes reservas em moeda internacional, dentre outros fatores.

De modo especial, no eixo da resposta brasileira à aids que lida com a qualidade de vida dos portadores do HIV, destacam-se as iniciativas do governo na promoção do desenvolvimento, como os planos de habitação e de estímulo ao consumo, que aliviaram as taxas de desemprego e mantiveram o crescimento do PIB em patamares elevados. Os índices que demonstram a continuação do processo de redução da pobreza, mesmo com os efeitos adversos da crise, certamente contribuem para atenuar o impacto da aids, uma vez que a epidemia, no país, cresce justamente entre os setores mais pobres da população e, portanto, mais vulneráveis a crises econômicas. De toda forma, as manifestações da crise econômica financeira mundial no cenário epidemiológico da aids no Brasil só poderão ser percebidas, eventualmente, em médio ou longo prazo.

## Estratégias de comunicação

A comunicação, no Brasil, é uma área importante para que o tema da aids esteja sempre em pauta na mídia e na sociedade. Várias são as estratégias adotadas: duas campanhas de massa ao ano, ações de mobilização, *marketing* social e uma assessoria de imprensa que garante espaço na mídia. A importância do tema justifica a existência de um setor encarregado das estratégias de comunicação no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, que atua em quatro áreas: imprensa (interface com jornais, rádios e sistema televisivo, assessoria a jornalistas que procuram informações sobre aids, etc.); edição (coordena o processo de publicação dos materiais impressos, tais como cartilhas, livros e revistas, bem como vídeos educativos, e também cataloga e documenta materiais de referência); publicidade (responsável pela articulação junto a agências de publicidade, sociedade civil e governo federal para a elaboração de campanhas de massa e ações direcionadas que estejam relacionadas ao tema HIV/aids); e gestão da página do Departamento na internet (reúne e dissemina a produção técnico-científica, informações ao público e ações ligadas às DST/HIV/aids).

Há ainda a comunicação para populações vulneráveis, tais como travestis, transexuais, homens que fazem sexo com homens, prostitutas, entre outros públicos que ainda sofrem preconceito dos veículos de comunicação de massa. Apesar dos avanços, os temas que envolvem o viver com o HIV e a prevenção ainda são um tabu, e não é diferente com a mídia. Nesses quase 30 anos de epidemia e mais de 20 anos de campanhas de massa em aids, vários avanços na sociedade podem ser percebidos, e muitos podem ser atribuídos também à comunicação. Hoje, nos canais abertos de televisão, a homossexualidade é comentada em novelas, a camisinha é item obrigatório quando se debate a relação sexual na grade de programação e as prostitutas fazem moda e ocupam horário nobre na maior emissora de televisão. Avanços que hoje parecem essenciais, mas que já foram motivo de muita polêmica nos lares brasileiros.

Como resultado desses esforços, a grande maioria da população brasileira, quase 97%, reconhece que o uso de preservativos é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV e 95,7% sabem que pode ocorrer infecção nas relações sexuais sem preservativo (PCAP, 2008).

## Sistemas de monitoramento e avaliação

A institucionalização do monitoramento e da avaliação nas três esferas de governo é uma das prioridades do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais como ferramenta de gestão para subsidiar a tomada de decisão e viabilizar o controle social, com foco na melhoria dos programas. No período deste relatório, tivemos a continuação desse processo, fortalecendo os investimentos no campo da capacitação de recursos humanos em monitoramento e avaliação, na consolidação dos sistemas

de monitoramento e na realização de estudos específicos para o monitoramento e avaliação da epidemia de aids no país.

No que se refere à capacitação de recursos humanos, foram realizadas duas novas turmas do Mestrado Profissional em monitoramento e avaliação e se deu continuidade a oficinas de trabalho de curta duração para todos os parceiros do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Além disso, desenvolveram-se dois cursos de monitoramento e avaliação tecnologicamente assistido, um de curta duração e o outro em nível de especialização.

Dentre as atividades realizadas no período para fortalecer o monitoramento da epidemia, destacam-se: a atualização e reformulação do Sistema de Monitoramento de Indicadores do Departamento, o MONITORAIDS, que hoje agrega mais de 90 indicadores; o estabelecimento de uma metodologia para a estimativa da incidência do HIV; o desenvolvimento de um sistema de monitoramento de custo do tratamento ambulatorial de pessoas vivendo com HIV/aids e a criação de sistema de monitoramento do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Com respeito aos estudos de monitoramento, foram realizados novos cortes das pesquisas de conhecimento, atitudes e práticas na população geral, bem como os estudos para estimativa da prevalência do HIV e da sífilis entre parturientes e conscritos das forças armadas. Foram realizados, também nesse período, três estudos com amostragem probabilística para populações sob maior risco para a infecção pelo HIV: HSH, mulheres profissionais do sexo e usuários de drogas.

Dentre os vários sistemas de monitoramento e avaliação implementados no país, é importante ressaltar o sistema “SIS-Incentivo”. Esse sistema acompanha a execução financeira do repasse regular de recursos financeiros para as 27 secretarias estaduais e mais de 480 secretarias municipais de saúde, o alcance das metas anuais programadas, os indicadores básicos em DST e aids e o acompanhamento do cumprimento das pactuações e do estabelecimento de parcerias com as organizações da sociedade civil. Esse sistema possibilita o acompanhamento por qualquer cidadão.

Apesar dos avanços alcançados pelo país nessa área, ainda permanecem pelo menos dois desafios: como descentralizar efetivamente as atividades de monitoramento e avaliação; e como promover sua utilização como ferramenta de gestão em todos os níveis de governo.

### 3.2.2 – Prevenção e redução das vulnerabilidades

A vulnerabilidade de indivíduos e populações ao HIV, no Brasil, é fruto da combinação de muitos fatores, ligados a questões de gênero, raça e etnia, orientação sexual, renda, escolaridade, região geográfica de moradia e faixa etária, dentre outros, que são agravados pelo regime de desigualdade que marca severamente a sociedade brasileira. Uma vez que a situação epidemiológica brasileira é de uma epidemia

concentrada em populações vulneráveis, as ações de prevenção combinam tanto estratégias dirigidas a essas populações quanto estratégias dirigidas à população em geral.

No sentido de prevenir e reduzir essas vulnerabilidades específicas, há um grande conjunto de programas sociais, em sua grande maioria já apresentados e analisados no relatório anterior, que se mostram todos ainda em pleno funcionamento e em geral ampliados em seu alcance. Dentre eles, citamos o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas; o Programa Brasil sem Homofobia; o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST/Aids; o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros HSH e travestis; os programas de redução de danos para usuários de drogas; o Programa Estratégico de Ações Afirmativas População Negra e Aids; o Programa de Ações Estratégicas com Populações Indígenas. As ações voltadas para combater a exploração sexual de meninas estão contempladas no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, sendo a atenção a essas meninas e suas famílias realizada no âmbito do Projeto Sentinela. Todos esses programas, já apresentados no relatório anterior, foram mantidos ou ampliados, destacando-se, abaixo, as principais ações de continuidade.

### **Prevenção das DST**

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) continuam a representar, apesar do desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e novos medicamentos, um grave problema de saúde coletiva, com grande impacto socioeconômico e psicológico em todo o mundo (HOLMES, 1999), além de constituírem grandes facilitadoras da transmissão do HIV. Dessa forma, a prevenção às DST constitui estratégia importante para o enfrentamento da epidemia de aids no Brasil.

Em meados da última década de 90, o Ministério da Saúde adotou a estratégia da Abordagem Síndrômica das DST, com a finalidade de realizar seu diagnóstico precoce e tratamento oportuno, prevenindo sequelas e reduzindo o risco de disseminação. Estudos demonstram a fácil aplicabilidade dos fluxogramas para principais síndromes, com alta taxa de cura, principalmente para a síndrome do corrimento uretral e das úlceras genitais. Dessa forma, os serviços de saúde implementados pelas três esferas de governo realizam ações de prevenção e tratamento das DST. Na última década, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem realizado, em parceria com os Programas Estaduais e Municipais de DST/Aids, capacitações de profissionais de saúde na estratégia da abordagem síndrômica, além da disponibilização de materiais didáticos e informativos, do desenvolvimento de pesquisas para as principais DST e do monitoramento da possível resistência aos antimicrobicidas.

Foram realizadas capacitações para ONG das 5 regiões do país, com a finalidade de instrumentalizá-las com informações sobre sinais e sintomas de DST, bem como

sobre as políticas públicas de saúde na temática, incluindo pactuações entre estados e municípios e consenso acerca da necessidade de *advocacy* sobre o tema.

### **Ampliação do acesso a insumos de prevenção**

O Ministério da Saúde, por meio de um conjunto de ações tanto administrativas quanto educativas, busca a promoção do acesso da população aos insumos de prevenção, com especial destaque para o preservativo masculino, preservativo feminino e gel lubrificante. A nova sistemática trabalha com os Planos de Necessidade de Insumos de Prevenção, elaborados pelos estados, nos quais os insumos são distribuídos de acordo com o planejamento elaborado, o que permite avaliar melhor tanto a necessidade de cada estado quanto a efetiva distribuição, em especial junto às populações mais vulneráveis. Todos os planos e grades de distribuição estão disponíveis na internet ([www.aids.gov.br/previni](http://www.aids.gov.br/previni)), operacionalizados pelo sistema PREVINI, com o objetivo de fornecer informações úteis que possibilitem acompanhar os repasses e o intercâmbio de informações sobre a distribuição dos insumos estratégicos de prevenção, envolvendo as três esferas de governo.

Em 2008, foi realizada uma distribuição de preservativos masculinos da ordem de 410 milhões de unidades, e em 2009 teve lugar a maior distribuição de preservativos masculinos da história do país, envolvendo 466,5 milhões de unidades distribuídas. Da mesma forma, tem sido possível manter a contínua distribuição de preservativos femininos e de gel lubrificante. Em 2008 foram distribuídas 3 milhões de unidades de preservativos femininos e, em 2009, 2,06 milhões. Em 2008 distribuíram-se 1,8 milhões de unidades de gel, montante que, em 2009, foi ampliado para 2,17 milhões. As populações prioritárias para o recebimento do preservativo feminino são mulheres vivendo com HIV/aids, mulheres com DST, mulheres atendidas em Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA, usuárias de drogas e de drogas injetáveis, mulheres profissionais do sexo, mulheres atendidas no sistema prisional e mulheres atendidas na rede de atenção básica. As populações prioritárias para o recebimento do gel lubrificante são pessoas vivendo com HIV/aids, profissionais do sexo, gays, HSH, travestis e mulheres.

Em outubro de 2008, foi lançado o 1º lote de preservativos masculinos da Fábrica de Xapuri, estado do Acre – primeira fábrica estatal de preservativos do país, inaugurada em 2007. A produção atual da fábrica é de 8 milhões de unidades/mês e atende a 100% das necessidades da região norte do país.

Ainda visando garantir um maior acesso, o Ministério da Saúde divulgou recomendações para ampliação da distribuição dos preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do SUS, estimulando o acesso direto, sem necessidade de cadastro anterior ou identificação do usuário (Nota Técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS, de 15 de janeiro de 2009). A descentralização integrada de insumos estratégicos para municípios capitais foi objeto de nota técnica que

estabeleceu recomendações para o melhor andamento dos fluxos de logística (Nota Técnica nº 094/2009/GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS, de 15 de abril de 2009).

### **Enfrentamento da feminização da epidemia**

Lançado em 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST e Aids teve importantes desdobramentos no biênio 2008/2009. A partir de oficinas de trabalho nos estados, foram elaborados os Planos Estaduais de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST e Aids. Ampliou-se o número de estados com seus planos específicos elaborados, de cinco, em 2007, para 26, em 2009, que atendem às necessidades locais de enfrentamento da feminização da epidemia.

A segunda importante ação foi a revisão do Plano Nacional a partir da articulação com movimentos sociais de mulheres, que resultou na redefinição das metas e na inclusão de quatro agendas afirmativas para segmentos mais vulneráveis: mulheres vivendo com HIV/aids; prostitutas e profissionais do sexo; lésbicas e outras mulheres que fazem sexo com mulheres; e mulheres vivenciando a transexualidade.

A agenda de trabalho fortaleceu a parceria intra e intersetorial, notadamente com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, que contemplam ações relacionadas à violência e outras já pactuadas com diversos atores sociais, ações nas quais, agora, as questões de aids estão incluídas.

Atualmente, o foco das ações é no monitoramento da execução dos planos estaduais. O conteúdo dos planos está disponível na internet ([www.aids.gov.br/feminizacao](http://www.aids.gov.br/feminizacao)) para facilitar o acompanhamento pela população, criando oportunidade para o intercâmbio entre estados e o conhecimento de experiências originais e inovadoras.

Como importantes ações derivadas das prioridades definidas no Plano, têm-se: o apoio ao projeto de fortalecimento de redes nacionais de prostitutas e de mulheres vivendo com HIV/Aids; a realização da Consulta Nacional sobre DST, Aids, Direitos Humanos e Prostituição, ocorrida em fevereiro de 2008; e o desenvolvimento de uma Campanha de Prevenção vinculada ao Projeto Bolsa Família (projeto que destina benefícios sociais à população de baixa renda).

### **Enfrentamento da epidemia entre gays, outros HSH e travestis**

Desde 2007, o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros HSH e travestis, desenhado no contexto do Programa Brasil sem Homofobia - que envolve um grande conjunto de ações para a garantia de cidadania e direitos dessa população, no quadro dos Direitos Humanos - estabelece

diretrizes e ações na temática. Em 2008 e 2009, foram realizados encontros e oficinas de trabalho nos estados, que resultaram na elaboração de Planos Estaduais. Atualmente, 25 estados possuem planos formalizados, disponíveis na internet ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).

Na implementação do Plano, destaca-se o trabalho intersetorial, em parceria com outras áreas além da saúde, como Direitos Humanos, educação, justiça e movimento social. Alguns dos avanços obtidos são: o lançamento da Política de Atenção à Saúde da População LGBT; a realização de uma campanha sobre identidade e respeito para a promoção dos direitos e redução de vulnerabilidades das travestis; a ampliação do apoio a ações de prevenção durante as ações de visibilidade LGBT (“Paradas do Orgulho LGBT”); a implementação de projetos em rede para o fortalecimento de ações de advocacy por organizações de gays e travestis.

### **Ações de saúde para jovens**

O projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) se mantém como uma referência para a área de saúde e prevenção das DST/aids no ambiente escolar. No período, o projeto experimentou importante ampliação, com a criação do Programa Saúde nas Escolas (PSE). Trata-se de um programa governamental sob a gestão dos Ministérios da Educação e Saúde, criado por decreto presidencial em 2007, que integra as diversas ações em saúde no ambiente escolar e promove o fortalecimento da articulação entre escola e serviços de atenção em saúde.

Em relação aos conteúdos trabalhados pelo projeto, teve destaque a inclusão, em seus objetivos e ações, da temática do viver com HIV/aids, com a participação do movimento de adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids.

Em 2008, foi realizada a III Mostra Nacional de ações do SPE, com aproximadamente 1.000 participantes, entre jovens, profissionais de educação e de saúde, gestores, movimentos sociais, pesquisadores e organizações internacionais. Essa atividade aconteceu em Florianópolis, antecedendo o VII Congresso Brasileiro de Prevenção de DST e Aids, e reuniu escolas com experiências bem sucedidas em educação preventiva e em integração com os serviços de saúde.

Ao longo do biênio 2008/2009, o SPE operou com nova estratégia para reforçar a descentralização. Em parceria com a FIOCRUZ, contratou dinamizadores (pessoas selecionadas por regiões, que desempenham a função de apoiar os estados na estruturação do programa), o que possibilitou um crescimento no volume de ações.

No sentido de conhecer melhor a população escolar brasileira e subsidiar as ações do SPE, foi incluído, pelo quarto ano consecutivo, um encarte sobre saúde no Censo Escolar 2008. O Censo é um tradicional instrumento de coleta de informações sobre o funcionamento da rede escolar brasileira e o encarte de saúde

aborda como os estabelecimentos de ensino vêm trabalhando temáticas como DST e aids, diversidade sexual, gravidez na adolescência, álcool e outras drogas, educação ambiental e alimentação saudável. Foram recebidos 99.316 questionários válidos de estabelecimentos de ensino em atividade, com distribuição de 50,9% das escolas em área urbana e 49,1% em área rural. Desse universo, 94% dos estabelecimentos em atividade que responderam ao questionário referiram ter realizado alguma atividade relacionada com promoção da saúde e educação preventiva. O desafio que permanece está relacionado às estratégias pedagógicas empregadas. A técnica mais utilizada foi a inserção dos temas em disciplinas, com mais de 80% das escolas referindo essa forma de abordagem, tanto entre as escolas urbanas quanto rurais. Entre as atividades pontuais, as palestras foram as mais frequentes, sendo realizadas por aproximadamente 70% das escolas, seguidas pela distribuição de material educativo, com pouco mais de 40%.

Em 2008, uma parceria do Ministério da Saúde com a União Nacional dos Estudantes (UNE) possibilitou a realização de atividades de prevenção e 1.600 testes rápidos de HIV, junto a jovens de 41 universidades, em uma “Caravana” que percorreu todo o país.

Outra importante ação dirigida ao público jovem foi o estabelecimento, em 2009, de uma parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério do Turismo e a Federação Brasileira de Albergues da Juventude. Foram criados materiais direcionados ao público jovem que frequenta os albergues e realizou-se uma capacitação dos dirigentes dos albergues para promoverem ações de prevenção, tais como o fornecimento de informações sobre os modos de transmissão do HIV e a disponibilização de preservativos.

### **Estratégias de redução de danos**

Um grande avanço na abordagem de redução de danos foi o fortalecimento da integração entre as Áreas Técnicas de Saúde Mental e de DST, Aids e Hepatites Virais para a elaboração e implementação das estratégias.

Em 2008, foi elaborado conjuntamente um material didático e informativo para a atuação de redutores de danos, com a participação da sociedade civil. No ano seguinte, 2009, lançou-se uma seleção pública integrada de projetos para a sociedade civil e serviços de saúde, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde das pessoas que usam álcool e outras drogas, melhorar o atendimento oferecido a elas pelo SUS, fortalecer as ações comunitárias dos redutores de danos junto a esses usuários e ampliar a articulação das ações entre as áreas programáticas e entre governo e sociedade civil.

Em outubro de 2009, em parceria com o Congresso Nacional, foi realizado o Seminário sobre Drogas, Redução de Danos, Legislação e Intersetorialidade. No



evento, discutiram-se aspectos gerais das drogas, com ênfase no consumo do crack e da cocaína, e analisaram-se as políticas públicas nacionais e internacionais sobre drogas, bem como a legislação sobre drogas no país e seu impacto sobre a saúde. Como resultado, produziu-se um relatório que subsidiará as discussões na área junto às instâncias locais representativas da saúde, ação social, Direitos Humanos, justiça, educação e sociedade civil organizada. Dentre os próximos passos, estão a formação de um grupo de trabalho para revisão da legislação, conforme recomendações do seminário, e o estabelecimento de projeto de cooperação técnica na temática.

### **Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis**

As ações de prevenção da transmissão vertical do HIV vêm sendo realizadas pelo Ministério da Saúde desde meados da década de 90, com a introdução da terapia antirretroviral em gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas, segundo os resultados do Protocolo ACTG 076. Tais ações sofreram forte impulso com a instituição, pela Portaria 2.104/GM, de 19 de novembro de 2002, do Projeto “Nascer-Maternidades”, que teve como foco a ampliação da utilização de diversos insumos de profilaxia da transmissão vertical do HIV e da sífilis por parte de maternidades localizadas em municípios considerados epidemiologicamente prioritários. Os insumos disponibilizados incluíam testes rápidos para o HIV, testes para sífilis, antirretrovirais (para parturientes e crianças expostas), inibidores de lactação (estradiol e cabergolina) e fórmula infantil. Nesse processo, dados de transmissão vertical, representados pelo estudo multicêntrico conduzido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, estimaram a taxa de transmissão vertical do HIV no Brasil (2004) em 8,5%, variando entre 13,8% na Região Norte e 3,5% na Região Centro-Oeste (SUCCI, 2003).

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde vem apoiando a ampliação e manutenção das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis na rede de serviços (atenção primária, unidades de referência, maternidades) gerenciada diretamente por estados e municípios. Atualmente, todos os insumos utilizados para a prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis são financiados pelo Governo Federal. Como no Brasil é contraindicado o aleitamento materno por parte das parturientes e puérperas infectadas pelo HIV, o Governo Federal prevê recursos para que estados e municípios adquiram inibidores de lactação (atualmente, apenas a cabergolina é indicada) e fórmula infantil. Como medida para garantir a sustentabilidade da distribuição da fórmula, o Ministério da Saúde estabeleceu um mecanismo de repasse financeiro por meio de incentivo (Portaria 2.313/GM, de 19 de novembro de 2002), possibilitando aos estados, municípios e Distrito Federal a aquisição do produto.

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o “Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis”, que apresenta metas escalonadas e

regionalizadas de redução da transmissão vertical nas diferentes regiões do país. A prevalência de sífilis em parturientes é de 1,6%, cerca de 4 vezes maior que a infecção pelo HIV, tendo-se estimado cerca de 50.000 gestantes infectadas no ano de 2004. A sífilis congênita é um claro evento marcador da qualidade da assistência à saúde, ocorrendo 4 mil novos casos notificados, em média, a cada ano, com uma taxa de incidência de 1,6 casos por mil nascidos vivos. O Ministério da Saúde vem trabalhando de forma integrada com estados e municípios para que as metas estabelecidas no Plano Operacional possam de fato ser alcançadas. A atuação de governos federal, estaduais e municipais, desde a década de 90, na prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis tem contribuído substancialmente para a diminuição paulatina de casos aids em crianças de 0 a 5 anos (a taxa de incidência, que era de 5,9/100.000 habitantes em 1998, caiu para 1,3/100.000 habitantes em 2008). Atualmente, constituem importantes desafios: o aumento na cobertura de testagem para HIV e sífilis no pré-natal; o tratamento da sífilis (gestantes e seus parceiros) no pré-natal; e a ampliação do número de maternidades que efetivamente realizem todas as medidas de profilaxia da transmissão vertical do HIV e sífilis durante o parto e puerpério, sobretudo em algumas regiões brasileiras que ainda apresentam dificuldades na execução de ações de impacto efetivo na transmissão vertical do HIV e sífilis. Nas regiões onde houve sensibilização e empenho para se reduzir essa via de transmissão do HIV, observam-se números semelhantes aos dos países desenvolvidos.

### **Populações indígenas**

O Brasil possui uma população indígena estimada em torno de 488 mil índios, distribuída em 215 etnias, que falam 180 línguas diferentes. Estima-se que outros 150 mil indígenas estejam vivendo nas capitais dos estados e áreas metropolitanas. Há 633 terras indígenas reconhecidas e demarcadas, o que corresponde a 14% do território nacional. A maior parte dessas terras concentra-se na Amazônia Legal: são 405 áreas, representando 20,7% do território amazônico e 98,6% da extensão de todas as terras indígenas do país. O restante espalha-se pelas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e o estado de Mato Grosso do Sul.

No final dos anos 1990, verificou-se a ocorrência de mudanças no perfil epidemiológico da aids no país, caracterizada pela interiorização, pauperização e feminização da epidemia. Essas tendências se refletiram nos casos notificados referentes à população indígena. Os dados notificados mostram um aumento da incidência de DST e aids entre indígenas residentes e/ou frequentadores das áreas urbanas e regiões de fronteiras – com destaque para os moradores da periferia dos centros urbanos e em toda a extensão de fronteira do país, assim como entre habitantes das aldeias nas áreas de reservas indígenas situadas próximas a rodovias, projetos de mineração, grandes empreendimentos vinculados a cultura da soja e da agropecuária, do turismo nas regiões do litoral.

Há um subsistema de saúde que é responsável pela atenção em saúde da população indígena, coordenado por uma fundação do Ministério da Saúde, a FUNASA. Por meio da integração entre a FUNASA e o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, programas de prevenção de DST e aids estão implantados em 26 distritos sanitários indígenas, o que representa cerca de 76% do total dos distritos. As principais ações do Ministério da Saúde envolvendo essas populações são: a) oferta do diagnóstico do HIV com uso do teste rápido para todos os distritos sanitários indígenas, com uma cobertura aproximada de 36% dessa população; b) acesso ao tratamento das DST e diagnóstico sintomático; c) inclusão, nos “planos de necessidades de distribuição de preservativos”, de quantitativo para a população indígena; d) controle da transmissão vertical do HIV; e) capacitação dos agentes indígenas de saúde em temas ligados à prevenção às DST e aids.

### **DST/aids e deficiências**

No Brasil, a legislação não considera a aids uma deficiência. Em 2007, o tema deficiências e DST/aids ganhou um forte impulso no país, como desdobramento da I Reunião Técnica de Especialistas em Deficiências e HIV/Aids, que ocorreu em novembro de 2006, em Santiago do Chile. O país tem atuado em duas perspectivas: prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/HIV/aids junto às pessoas com deficiência; e atenção às pessoas que vivem com HIV/aids que adquiriram alguma deficiência em razão da aids.

Ao longo de 2007, foram realizadas oficinas de trabalho com gestores nas 5 regiões, de forma a integrar o trabalho entre as áreas de DST/aids e de saúde da pessoa com deficiência. A partir dessa articulação, foram incluídas e fortalecidas ações na temática em vários estados e municípios do país, com destaque para o lançamento, em 2008, de material informativo para profissionais de saúde e a realização do I Fórum sobre DST/Aids e Deficiências. A incidência política na temática, com intensa participação dos movimentos de Pessoas Vivendo com HIV/Aids e de Pessoas com Deficiência, tem gerado mobilização das áreas de saúde para implementar ações, incluindo a acessibilidade de materiais informativos e campanhas de mídia. Em 2009, foi lançado o documento “Direitos sexuais e reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência”, que define ações específicas na temática de DST/aids e na promoção da inclusão das pessoas com deficiência e estão sendo implementadas pelas três esferas de governo.

### **Forças Armadas**

Embora inseridos no cenário epidemiológico já descrito, os indivíduos pertencentes às Forças Armadas apresentam particularidades na vulnerabilidade ao HIV/aids. Dessa forma, o Ministério da Defesa tem procurado atuar na prevenção

das DST e aids em suas tropas, com o apoio do Ministério da Saúde, desde 1996, quando o Exército Brasileiro lançou o Programa Sentinela Conscrito. Em 24 de março de 2004, o Ministério da Defesa assinou um protocolo de parceria com o Ministério da Saúde e o UNAIDS, no sentido de se desenvolverem ações voltadas para o reforço do Programa de Prevenção e Controle das DST/Aids das Forças Armadas, com ênfase nos jovens militares (recrutas e alunos de Escolas Militares e Centros de Formação) e o pessoal efetivo designado e desmobilizado das Missões de Paz.

O Programa consiste na formação de educadores de pares e visa a preparar militares com perfil em que prevaleça a facilidade de expressão, comunicação interpessoal, liderança e interesse por temas de saúde. Visa à troca de conhecimentos e experiências entre pares, isto é, pessoas de mesma faixa etária, com o objetivo de disseminar informações sobre prevenção das DST/HIV/aids. São realizadas, também, palestras de sensibilização de líderes, as quais consistem na orientação aos futuros comandantes militares sobre a prevenção do HIV/aids e promoção à saúde em diversas Organizações Militares dos três Comandos Militares.

Desde o início das atividades do Programa, em 2004, já foram realizados 37 Cursos de Capacitação de Educadores de Pares, formando um total de 1.267 educadores, assim distribuídos: 307 da Marinha, 679 do Exército e 281 da Aeronáutica. A partir dos educadores, anualmente são promovidas ações de prevenção junto a 125.000 jovens militares (recrutas e estudantes) e 5.028 militares empregados em forças de manutenção da paz da ONU.

### **Prevenção no local de trabalho**

O Ministério do Trabalho estabelece que as empresas devem incluir em seus treinamentos, realizados a partir da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), medidas de prevenção às DST e aids. Em 2009, o Ministério do Trabalho publicou uma norma para inspeção do trabalho que dispõe sobre a fiscalização de práticas discriminatórias no trabalho e sobre a fiscalização do treinamento das Comissões Internas de Prevenção de Acidente - CIPA quanto à prevenção do HIV/aids (Instrução Normativa nº 80, da Secretaria de Inspeção do Trabalho). A referida norma permitirá a atuação de mais de 3 mil auditores fiscais para a qualificação de ações de prevenção ao HIV/aids e de Direitos Humanos no local de trabalho.

Desde 1998, o Conselho Empresarial Nacional de Prevenção ao HIV/Aids (CENAIDS) mobiliza o setor empresarial para a promoção de ações de enfrentamento da epidemia. Atualmente, o CENAIDS é composto por 18 empresas de vários setores. Todo ano, o CENAIDS adota a premiação de empresas associadas como forma de incentivar ações destinadas aos funcionários. O desafio é articular as pequenas e médias empresas.

### **Congressos e seminários sobre prevenção**

O país promove um intenso debate em torno da prevenção das DST e aids. São inúmeros os congressos e seminários realizados nos estados e municípios do país para a troca de conhecimentos práticos e técnico-científicos visando aumentar a eficácia das ações. Esses eventos reúnem gestores, membros de organizações da sociedade civil, profissionais de saúde e de outras áreas e demais parceiros na luta contra a aids.

O país considera que o aprendizado da prevenção não é um simples depósito de informações, mas, muito pelo contrário, um processo dialógico e dialético de construção coletiva. Uma construção que depende necessariamente da defesa dos direitos, que somente a mobilização constante em todos os níveis garante. É na cultura de espaço de sociabilidade, nos seus significados, valores e ideologias, que a prática da prevenção acontece e pode ser eficaz. Nestes espaços, tem sido afirmada a necessidade de reforçar, nas políticas públicas de saúde, a descentralização da gestão, a intersetorialidade, o fortalecimento de redes, o desenvolvimento tecnológico e o acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento.

No âmbito nacional, o maior evento na temática é o “Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids” que, em 2010, realiza sua oitava edição. A cada edição, o encontro ganha destaque como fórum de debates sobre aids e outras DST no Brasil. Suas proposições influenciam a formulação de políticas públicas, ao discutir as tendências da epidemia de aids, os Direitos Humanos e as ações locais construídas no âmbito da resposta brasileira e, progressivamente, o fortalecimento do SUS.

### **3.2.3 – Pesquisas em DST/HIV/aids**

O Brasil efetuou, no biênio 2008/09, um importante salto de qualidade no que diz respeito às metas estabelecidas na Declaração de Compromissos com relação à ciência, tecnologia e inovação em DST/HIV/aids. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, desempenhou um papel de destaque no estímulo à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico no país, fortalecendo a gestão do conhecimento em DST/HIV/aids. Com essa perspectiva estratégica, o Departamento atuou com foco na inovação, na investigação de temas prioritários e lacunares do conhecimento e no estudo das condições epidemiológicas, comportamentais e sociais das populações pesquisadas. Além disso, foram implementadas diversas ações e projetos na área tecnológica (vacinas, medicamentos, microbicidas e kits para diagnóstico), buscando o fortalecimento da capacidade nacional e a transferência de tecnologia prevista na política tecnológica e industrial do país.

Para tanto, foram iniciadas e fortalecidas diversas parcerias científicas e tecnológicas com organizações públicas e privadas nacionais e internacionais, como universidades, institutos de pesquisa, empresas e organizações não governamentais. Quanto ao

financiamento, a política de Pesquisa & Desenvolvimento Tecnológico nacional contou, além dos recursos governamentais e do acordo de empréstimo com o Banco Mundial (AIDS III), com uma importante participação de parceiros internacionais (Organização Mundial de Saúde - OMS, Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, Agência Nacional Francesa de Pesquisa sobre Aids e Hepatites Virais - ANRS, International AIDS Vaccine Initiative - IAVI, Global HIV Vaccine Enterprise, entre outros). Como resultado dessa política, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais financiou 240 projetos de pesquisa e lançou 14 Seleções Públicas de Pesquisa no âmbito do AIDS III, em diferentes áreas (biomédica, epidemiológica, clínica e sócio-comportamental) que possibilitaram expressivo aumento da produção científica e tecnológica brasileira (presença em periódicos de impacto internacional, livros e outras publicações), chegando-se a cerca de 900 produções científicas referentes a essas áreas, em um estímulo à efetiva difusão e disseminação do conhecimento. Esses projetos e as respectivas produções científicas estão disponibilizados na internet para consulta pública no Informe de Ciência e Tecnologia na página do Departamento ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)), garantindo a transparência das ações desenvolvidas nessa área.

Muitos desses projetos resultaram na criação de Redes de Pesquisa (Rede Nacional de Pesquisa RDS – *Respondent Driven Sampling*, Rede de Pesquisa em Saúde Mental e DST/Aids, Rede de Pesquisa em População Negra e HIV/Aids, Rede de Pesquisa em Transmissão Vertical do HIV, Rede de Pesquisa em Vacina Terapêutica anti-HIV), com múltiplas atividades, como seminários e apoio a alunos de Mestrado e Doutorado e em estágios no exterior com participação de pesquisadores, inclusive atuação em projetos colaborativos multicêntricos.

Para viabilizar a adequada implementação dessa política científica e tecnológica, foram fortalecidos mecanismos de governança do conhecimento, contemplando:

1. Realização de seminários regionais de pactuação com a comunidade científica e tecnológica, além de gestores e organizações da sociedade civil, para identificação conjunta de prioridades na agenda de pesquisa;
2. Implementação de sistema de monitoramento preventivo e corretivo nas diferentes etapas de desenvolvimento dos projetos, o que contribuiu para assegurar o adequado cumprimento do objeto dos contratos e a qualidade científica dos seus resultados, segundo critérios internacionalmente reconhecidos;
3. Estratégias de estímulo a publicações em revistas de impacto internacional, incluindo capacitações para redação de artigos científicos, treinamentos presenciais e à distância em metodologia de pesquisa quantitativa e qualitativa nas diferentes áreas do conhecimento (clínica, clínico-epidemiológica, social e comportamental, incluindo a metodologia *Respondent Driven Sampling* para populações de difícil acesso amostral);
4. Ampliação do componente Ciência e Tecnologia nos indicadores do MONITORAIDS, o componente estrutural mais importante das ações de

monitoramento e avaliação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, cuja base de dados está disponível na internet ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).

Além dessas estratégias de fortalecimento da governança do conhecimento, foram apoiados, por meio de seleções públicas, projetos de pesquisa operacionais e avaliativas, orientados para subsidiar as ações de prevenção e assistência ao HIV/aids e às DST. Com esse objetivo, foram lançadas Chamadas de Pesquisa Operacionais para o financiamento de projetos em redes multicêntricas de pesquisa. Foram financiados três projetos multicêntricos utilizando metodologia de amostragem *Respondent Driven Sampling* (RDS), em 10 municípios brasileiros, junto a populações vulneráveis (HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas), cujos resultados acerca da prevalência da epidemia nessas populações superaram importantes lacunas na área. Foram, ainda, incluídas nessas Chamadas outras linhas temáticas relacionadas a questões de Direitos Humanos (condições e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids - crianças, adolescentes e adultos), bem como questões relacionadas aos impactos dos novos ARV e os respectivos efeitos adversos.

No que diz respeito à política tecnológica e industrial, foram realizados, nesse biênio, significativos esforços para o fortalecimento da competência nacional em insumos estratégicos, apoiando-se a capacidade local e a transferência de tecnologia na área de medicamentos antirretrovirais; cabe destacar o esforço realizado após o licenciamento compulsório do medicamento efavirenz (da empresa Merck, Sharp & Dome) e na área de testes para diagnóstico (teste rápido). Essas estratégias, aliadas à negociação de preços, contribuíram para a significativa redução dos preços pagos pelo governo brasileiro na aquisição desses insumos. O Departamento integrou e apoiou a elaboração de diversas produções científicas sobre o tema, discutindo a questão dos preços de insumos estratégicos (medicamentos, vacinas e microbidas) e sua relação com a Propriedade Intelectual, como por exemplo: (i) “*Contributions to the Development Agenda on Intellectual Property Rights*”, na Revista Econômica (vol. 10, nº 2, 2008); (ii) Capítulo sobre propriedade Intelectual e licença compulsória em medicamentos ARV no Brasil, do Livro *The Political Economy of HIV/AIDS on developing countries: Trips, Public Health Systems and Free Access*, Edward Elgar, 2008; (iii) Livro sobre Propriedade Intelectual e Saúde nos países de Língua Portuguesa, Ministério da Saúde, no prelo.

Concedeu-se especial destaque, no biênio, à pesquisa vacinal anti-HIV, com o compromisso do Ministério da Saúde de conferir prioridade ao financiamento a essa área. Realizou-se em 2008 o Seminário Internacional sobre Vacinas anti-HIV, com apoio da OMS, OPAS e IAVI, por ocasião do lançamento, pelo Ministério da Saúde, do Plano Brasileiro de Vacinas Anti-HIV 2008-2012. Elaborou-se a seguir, em 2009, o Plano Estratégico Operacional para implementação desse Plano de Vacinas Anti-HIV. Como desdobramento desse Plano, deu-se início ao Mapeamento da Capacidade Nacional em Vacinas Anti-HIV, visando à identificação de grupos potenciais em pesquisa e desenvolvimento e lacunas a serem superadas no desenvolvimento de

futuras vacinas anti-HIV. Essa política de apoio à pesquisa vacinal anti-HIV tem forte componente de cooperação internacional, a saber: parceria com a IAVI e inserção do Brasil como membro em seu Comitê Assessor; parceria com a Global HIV Vaccine Enterprise e inclusão do Brasil como membro do seu Comitê Coordenador; parceria com a ANRS, com a recente incorporação da pesquisa vacinal ao “Sítio de Pesquisa Brasil” da ANRS.

Apesar dos esforços até aqui realizados, conferindo destaque à atuação do Ministério da Saúde e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - que hoje responde por cerca de 75% da pesquisa em DST/aids no país e cerca de 95% da pesquisa vacinal anti-HIV, é necessário assegurar a significativa ampliação e sustentabilidade do financiamento nessa área, procurando envolver, de forma coordenada, em um esforço de articulação interinstitucional, outras agências de apoio à pesquisa para o fortalecimento da atividade científica e tecnológica correlata.

Como principal desafio da área de pesquisa e desenvolvimento, é preciso projetar cenários que permitam dimensionar o impacto econômico e social da epidemia nas diferentes regiões do país na próxima década. Para tanto, faz-se necessário criar um sistema de governança do conhecimento que integre os indicadores e resultados de pesquisa e que seja capaz de subsidiar estratégias intersetoriais eficazes no enfrentamento da epidemia, além de apoiar estudos e projetos de pesquisa avaliativos e operacionais sobre o impacto econômico e social da epidemia nas diferentes regiões do país.

### **3.2.4 – Direitos Humanos**

A política de Direitos Humanos é um dos pilares da resposta brasileira à aids e é transversal a todas as ações. Além de promover o direito à saúde, atua no combate efetivo a todas as formas de estigma e discriminação, em especial as relacionadas às pessoas vivendo com HIV/aids. No âmbito federal, desde agosto de 2000, há na estrutura do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais uma divisão específica para o fomento da articulação com a sociedade civil e a promoção dos Direitos Humanos das pessoas vivendo com HIV/aids e populações mais vulneráveis. Essa divisão planeja estratégias, implementa ações e orienta os estados e municípios no combate ao estigma e discriminação e na condução de ações de enfrentamento da epidemia que não violem os Direitos Humanos. A maioria dos estados possui uma área ou ponto focal para o tema e realiza e/ou apoia ações específicas de promoção dos Direitos Humanos.

Há um forte esforço do governo e da sociedade civil organizada para informar a população sobre as leis antidiscriminatórias e implementá-las. Como resultado desses esforços, notam-se importantes avanços no combate ao racismo, à homofobia, ao machismo e outros tipos de discriminação que trazem claros agravos à vulnerabilidade dos indivíduos e populações. No que diz respeito à discriminação em razão do HIV, observa-se que, apesar da existência de leis e mecanismos para o combate à discriminação,



esta ainda é um importante obstáculo na vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Os resultados da PCAP apontam que 13% das pessoas entrevistadas acreditam que uma professora portadora do vírus da aids não poderia dar aulas em qualquer escola; 22,5% afirmam que não se pode comprar legumes e verduras em um local onde trabalha um portador do HIV; e 19% acreditam que, se um membro de uma família ficasse doente de aids, essa pessoa não deveria ser cuidada na casa da família.

Para assegurar o êxito das estratégias de luta pelos Direitos Humanos das pessoas vivendo com HIV/aids, a parceria com a sociedade civil organizada tem sido fundamental. Um exemplo disso é o trabalho conjunto entre o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e organizações da sociedade civil para a prestação de assessoria jurídica no combate à discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids e outras populações vulneráveis. Em 2007, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais disponibilizou um Banco de Dados de Denúncias de Violações de Direitos Humanos, online, onde as assessorias jurídicas e organizações atuantes na temática registram casos de discriminação relacionados ao HIV que ocorrem no país, os quais somavam, em dezembro de 2009, um total de 1447 denúncias. O banco de dados permite um melhor “retrato” dos casos de discriminação, possibilitando, assim, que políticas públicas específicas sejam construídas para sanar tais situações. Um exemplo disso é a inclusão, nos planos de enfrentamento da epidemia, de um eixo de Direitos Humanos, no qual são tratadas as questões de combate à violência e outras formas de discriminação.

Estratégias de combate ao estigma e discriminação relacionados ao HIV também estão contempladas no Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e no Programa Nacional de Direitos Humanos, elaborados a partir de ampla participação social e lançados em 2009. Além disso, para zelar pela garantia dos direitos da população, como o direito de não ser discriminado, a Constituição Federal do Brasil prevê mecanismos a partir de órgãos como o Ministério Público e a Defensoria Pública. Existem também Centros de Referência para Atendimento à Mulher, Centros de Referência de Combate à Homofobia, Conselhos dos Direitos da Mulher e Conselhos de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, com sedes nas capitais e em vários municípios do país. Esses órgãos recebem e encaminham denúncias.

Algumas ações isoladas que visam à criminalização em razão da transmissão do HIV foram reportadas no período entre 2008-2009, apesar de não existir lei específica no Brasil que criminalize tal conduta. O Ministério da Saúde, fundamentado nos princípios do sigilo, da confidencialidade e dos Direitos Humanos, entende que processos judiciais que envolvam a criminalização da transmissão sexual do HIV podem desencadear decisões e entendimentos generalizados, comprometendo a resposta à epidemia. Nesse sentido, em parceria com a Frente Parlamentar de HIV/Aids e a sociedade civil organizada, o Ministério da Saúde tem provocado debates e incidência política (*advocacy*) junto às várias instâncias do judiciário.

No que diz respeito à promoção dos Direitos Humanos, esta é realizada principalmente a partir do fortalecimento do protagonismo e da cidadania de pessoas que vivem com HIV/aids e grupos vulneráveis. Para isso, o governo federal, estados e municípios, dando continuidade a linhas de apoio já estabelecidas, em 2008-2009 apoiaram diversas ações de mobilização social, como encontros e reuniões de articulação dos movimentos sociais, além de eventos de Direitos Humanos de cunho amplo e participativo. Em 2009, foi lançado um programa piloto de formação de jovens lideranças "HIV positivas", que prevê a participação de jovens de todo o país em diversos espaços de construção da política de aids, com destaque para os espaços de gestão, de serviços de testagem e de assistência a pessoas vivendo com HIV/aids. O país tem como desafio ampliar o número dessas ações nas regiões Norte e Nordeste e fortalecer as ações nas demais regiões do país.

### **3.2.5 – Cuidado, apoio e tratamento**

O conjunto de metas e compromissos estabelecidos na UNGASS 2001, no campo que engloba cuidado, apoio e tratamento, é acompanhado por meio de três indicadores: qualidade dos esforços na promoção do acesso universal a tratamento com antirretrovirais; qualidade dos serviços de atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV/aids; tratamento da coinfeção tuberculose e HIV. Em que pese a garantia constitucional do direito à saúde e o dever do Estado de assegurar a universalidade, equidade e integralidade das ações em saúde mediante o Sistema Único de Saúde, ainda há inúmeras barreiras que desafiam a promoção do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV.

#### **Acesso ao diagnóstico**

Diante desse cenário, o Brasil adotou várias políticas em saúde para ampliar o acesso ao diagnóstico, como a descentralização, a estruturação das redes laboratoriais de testagem e acompanhamento, o incentivo político à testagem, a mobilização social de incentivo à procura do diagnóstico precoce pela população, a elaboração de normas e protocolos nacionais, a articulação com a sociedade civil organizada, a garantia dos recursos financeiros com a pactuação entre as esferas de gestão para aquisição dos testes diagnósticos e o incremento financeiro para compromissos específicos, como a redução da transmissão vertical. A testagem é ofertada pelos serviços de saúde, não é compulsória e pode ser anônima, quando solicitado pelo usuário. Ampliou-se em mais de dez vezes a oferta pública de testes diagnósticos na última década. Em 1999, efetuaram-se 440.215 testes imunoenzimáticos de triagem para o HIV. Já em 2008, 4.659.610 desses testes foram realizados.

Na revisão mais recente do instrumento normativo do algoritmo de testagem para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, obteve-se como resultado

maior flexibilidade quanto à escolha das metodologias de coleta e testagem, inclusão de metodologias mais modernas, redução do número de etapas e agilidade na entrega do resultado sem a perda da confiabilidade e qualidade do diagnóstico, gerando, com isso, um aumento na capacidade de atendimento dos laboratórios, além da economia financeira. O novo documento também abre, pela primeira vez, a possibilidade de se realizar testes com sangue seco, utilizando a coleta em papel-filtro; a vantagem é que essa metodologia permite o envio de material pelo correio, levando os meios diagnósticos dos centros urbanos aos locais mais distantes, onde não há capacidade laboratorial disponível.

Também representa um avanço importante a atualização, em 2009, das normas para o diagnóstico da infecção pelo HIV, com a inclusão de uma nova metodologia que utiliza a biologia molecular para auxiliar o diagnóstico precoce em crianças antes de 18 meses, nascidas de mães positivas para o HIV. Essa técnica poderá ser utilizada também nas gestantes com sorologias indeterminadas no pré-natal, a fim de minimizar o risco da transmissão vertical do HIV. No protocolo anterior, o diagnóstico era finalizado após 12 meses de acompanhamento da criança.

### **O teste rápido**

A sustentabilidade das ações de diagnóstico e tratamento relacionados ao HIV é um dos pontos que caracteriza a política de saúde do Brasil. O teste rápido é um exemplo desse tipo de investimento. Duas marcas de testes rápidos são fabricadas por laboratórios farmacêuticos nacionais, vinculados a instituições de pesquisa, cuja produção é integralmente adquirida pelo Ministério da Saúde. As ações de implantação dos testes rápidos nos serviços de saúde iniciaram-se em 2004, quando foram distribuídos 150 mil testes. Somadas às mobilizações utilizando testes rápidos, essas ações de implantação foram evoluindo e a distribuição aumentou ano após ano. Em 2009, foram distribuídos para todo o Brasil 2.446.380 testes rápidos, 28% a mais do que no ano anterior.

A implantação do teste rápido anti-HIV foi uma experiência importantíssima para facilitar o acesso ao diagnóstico em segmentos mais vulneráveis da população. Atualmente, essa metodologia favorece o diagnóstico, prioritariamente, para homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, moradores ribeirinhos, índios, gestantes, segmentos populacionais de baixa renda, caminhoneiros, garimpeiros e pessoas privadas de liberdade. Além disso, trabalha-se no diagnóstico das coinfeções, como a tuberculose, que tem grande impacto na morbi-mortalidade dos pacientes com aids. Esses fatos permitiram que a oferta de testes diagnósticos alcançasse um maior número de pessoas, de maneira eficaz e precoce.

Com o teste rápido, o Ministério da Saúde trabalha no projeto “Fique Sabendo”, que tem como objetivo a mobilização social para oportunizar o diagnóstico da

infecção pelo HIV e sífilis. O diagnóstico precoce e as informações sobre prevenção, associados ao encaminhamento para tratamento e acompanhamento, são os principais pontos desenvolvidos nessas mobilizações. O “Fique Sabendo” esteve em eventos de moda, feiras de artes, congressos, festas típicas brasileiras (como as festas juninas, o carnaval, os festivais de inverno) e nas universidades do país, alcançando os estudantes juntamente com a caravana da União Nacional dos Estudantes - UNE. Também marcou presença no Dia Mundial de Luta Contra a Aids, quando diversos municípios aderiram à ação e levaram a testagem até a população. Uma das mobilizações mais importantes do “Fique Sabendo” foram as “Paradas do Orgulho LGBT”, nas quais há promoção da testagem aos gays, lésbicas, travestis, transexuais e transgêneros. Além disso, o Ministério da Saúde e a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil uniram-se em uma ação inédita e histórica: a Igreja Católica mobilizou suas pastorais e religiosos, além da rede de saúde e meios de comunicação, para sensibilizar os fiéis sobre a importância da testagem.

### **Acesso ao tratamento antirretroviral**

Na década de 1990, o Brasil foi pioneiro, entre os países em desenvolvimento, a adotar uma política pública de acesso universal ao tratamento antirretroviral. Aproximadamente 197.000 indivíduos HIV+ estão em tratamento gratuito na rede pública de saúde brasileira, o que representa cerca de 95% dos pacientes diagnosticados com HIV e elegíveis para o tratamento. A necessidade de normatização de condutas diante de questões complexas e controversas no âmbito da terapêutica antirretroviral levou o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais a constituir grupos de trabalho para discussão e elaboração de documentos que refletissem o Consenso Nacional a propósito do tema. Assim, foi constituído, em 1996, o Comitê Assessor de Terapia Antirretroviral para Adultos Infectados pelo HIV e, a partir de 2005, o Comitê Assessor de Terapia Antirretroviral para Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV. Também em 2005, foi estabelecido o Comitê Assessor de Terapia Antirretroviral para Gestantes Infectadas pelo HIV, anteriormente parte do Comitê para Adultos. Os três comitês assessores têm representantes da sociedade civil e das sociedades médicas.

O processo de elaboração das diretrizes nacionais pelos Comitês Assessores vem sendo aprimorado ao longo dos anos. No final de 2007, o Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral em Adultos passou por um processo de reestruturação, trazendo inovações na abordagem de conflito de interesses, que é decisiva no que se refere às recomendações para a incorporação de novas drogas no SUS. Da mesma forma, os conteúdos dos documentos passam a ser mais abrangentes e inclusivos, contemplando diversos aspectos voltados à atenção integral das pessoas que vivem com HIV e não apenas à terapêutica antirretroviral. As recomendações são baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis e elaboradas pelos Comitês, sob coordenação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, sempre na perspectiva do uso racional desses medicamentos e do alinhamento

técnico-científico às premissas da política de acesso universal a antirretrovirais no Brasil.

Para divulgar essas recomendações no contexto nacional, além de seminários regionais, voltados para profissionais médicos que atendem pacientes com aids e organizados em cronogramas anuais, outras estratégias fizeram-se necessárias em vista das dimensões geográficas do país. Assim sendo, utilizando metodologias de Ensino à Distância, em 2010 o Curso sobre as Recomendações do Consenso de Adultos é elaborado, pretendendo-se atingir localidades e profissionais descobertos pelos seminários presenciais.

O Ministério da Saúde adquire os medicamentos antirretrovirais de forma centralizada, respaldado na Lei nº 9.313/96. Atualmente, o elenco nacional de antirretrovirais é composto por 19 princípios ativos, disponibilizados em 32 apresentações comerciais para uso adulto e pediátrico. Em 2009, o Departamento começou a discutir questões como custo-efetividade, no intuito de embasar cada vez mais a decisão da inclusão ou não de novas drogas ao elenco disponível.

Os mais recentes medicamentos antirretrovirais incorporados para uso no país foram: enfuvirtida (2005, inibidor de fusão), darunavir (2008, inibidor de protease) e raltegravir (2009, inibidor de integrase). Em dezembro de 2008, 70% dos pacientes utilizavam medicamentos de primeira linha (segundo a definição da OMS), sendo que 47,8% obedeciam ao esquema efavirenz, lamivudina e zidovudina (EFZ+3TC+AZT), recomendado no país como primeira opção de esquema. Aproximadamente 15% dos pacientes em TARV utilizam medicamentos de segunda linha, incluindo as alternativas com inibidores da protease.

O Brasil possui, dentre a população de pessoas vivendo com HIV/aids, indivíduos multiexperimentados em terapia ARV, sendo 5% com falha terapêutica. Esses pacientes necessitam, portanto, dos mais recentes ARV ou de novas classes para compor esquemas potentes em supressão viral. Tais opções terapêuticas são avaliadas por médicos de referência em genotipagem (MRG) nas diferentes regiões do país, os quais atuam como referência aos médicos assistentes, esclarecendo dúvidas no manejo e princípios da terapia de resgate.

Para o gerenciamento da dispensação de antirretrovirais, o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi concebido, em 1997, com o objetivo de analisar e controlar as prescrições médicas de acordo com as recomendações técnicas do Ministério da Saúde, bem como controlar as distribuições, dispensações e estoque dos medicamentos para o tratamento da aids na Rede Pública de Saúde. A dispensação dos medicamentos antirretrovirais ocorre em “farmácias” das unidades de saúde que prestam assistência aos pacientes portadores de HIV/aids, denominadas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM). As 675 UDM desenvolvem ações ligadas aos medicamentos, como conservação, controle, armazenamento, e outras voltadas para o paciente, como dispensação e orientação quanto à utilização do medicamento, configurando uma assistência farmacêutica integral, sendo que mais de 80% das unidades já utilizam o SICLOM.

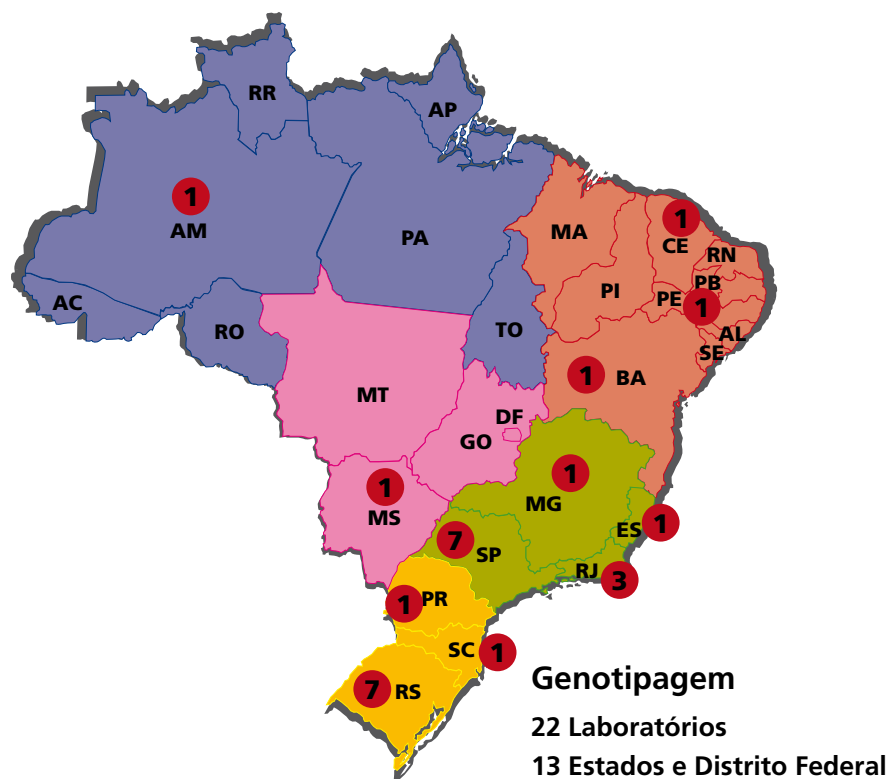
### Rede laboratorial

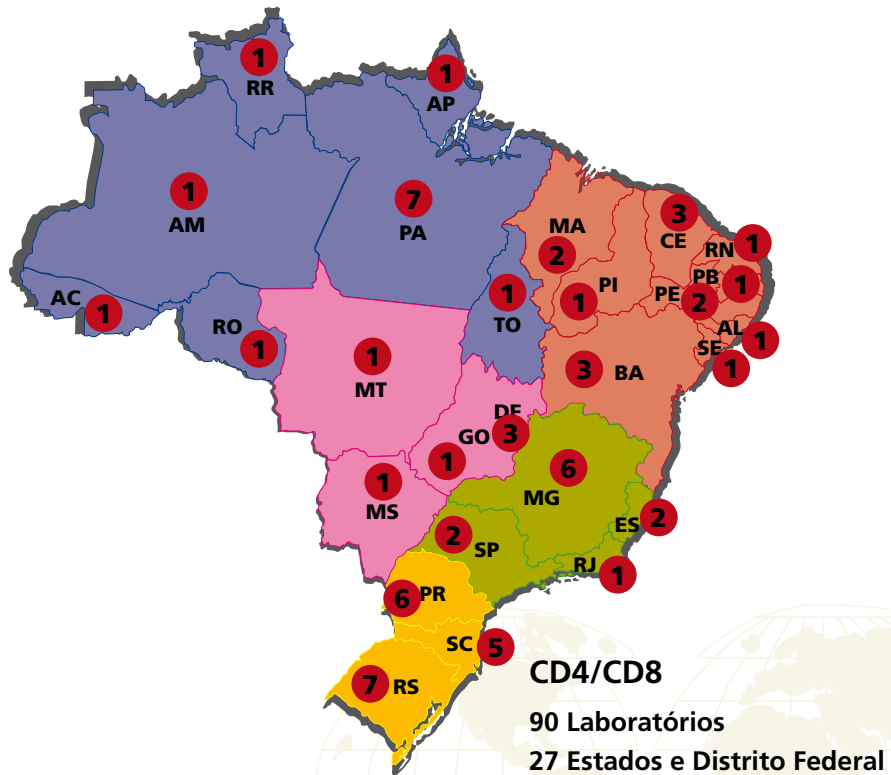
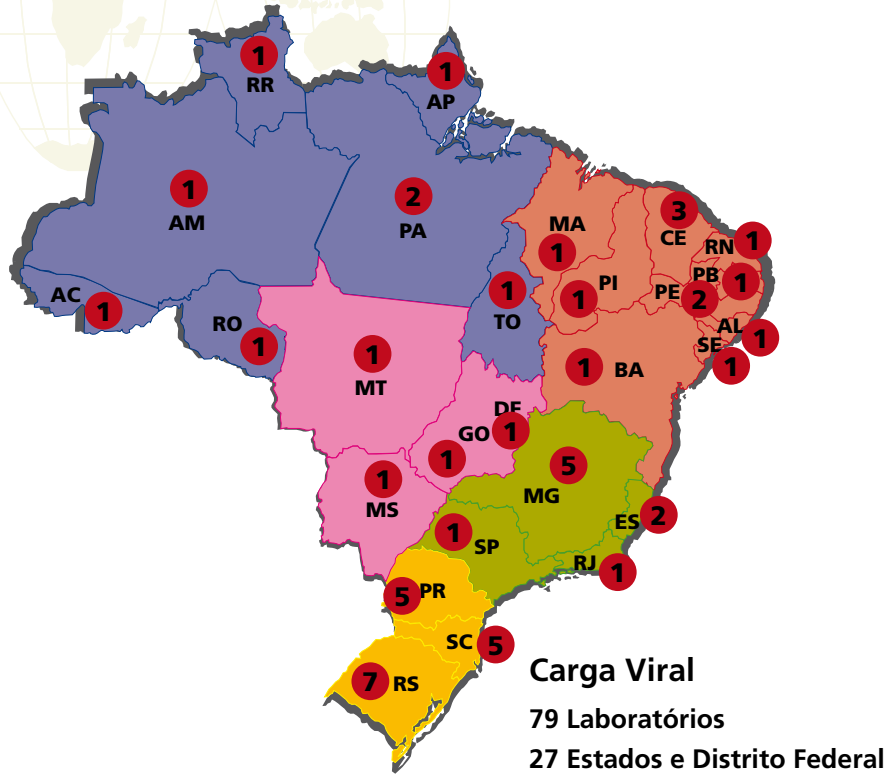
A partir de 1997, a Rede Nacional de Laboratórios para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e determinação da carga viral começou a ser instalada para monitorar a evolução clínica das pessoas que vivem com HIV/aids e guiar o início do tratamento antirretroviral, possibilitando, ainda, a adoção de terapias preventivas contra as infecções oportunistas. Atualmente, essa rede é composta por 90 laboratórios para a contagem de linfócitos T CD4+/CD8+. No ano de 2009, o Ministério da Saúde distribuiu 544.350 e 542.632 testes para contagem de linfócitos T CD4+/CD8+ e determinação da carga viral, respectivamente. Esses laboratórios possuem um sistema informatizado de controle de exame laboratorial capaz de armazenar e associar dados clínicos, gerando um conjunto de relatórios de todos os pacientes infectados pelo HIV. Dessa forma, é possível obter informações estratégicas segundo faixa etária, gênero, pacientes sintomáticos ou não, resultados de CD4+/CD8+ e carga viral, o que permite um gerenciamento clínico individual ou global e administrativo nas esferas federal e estadual.

O Brasil possui também a rede de laboratórios para realização dos exames de detecção da resistência genotípica, ou seja, das mutações do HIV em pessoas que fazem uso dos medicamentos antirretrovirais. A implantação da rede de genotipagem iniciou-se em 2001 e atualmente é composta por 22 laboratórios, que receberam os 5.665 testes distribuídos pelo Ministério da Saúde em 2009. Possui também um sistema informatizado de controle de genotipagem, cuja função é o armazenamento de dados clínicos, terapêuticos e laboratoriais, bem como dados das sequências de DNA do HIV para orientação dos médicos na escolha da melhor conduta terapêutica e para auxiliar o governo brasileiro na política de medicamentos.

### Mapa da Rede Nacional de Laboratórios

Também fazem parte da política brasileira o monitoramento e a avaliação da qualidade do diagnóstico laboratorial, a identificação de problemas e a padronização de metodologias usadas nas redes de laboratórios. Para a assessoria desses processos, o Ministério da Saúde formou 3 Comitês Técnicos Assessores de Laboratórios para o Diagnóstico, Monitoramento e Controle de Qualidade de Testes Laboratoriais compostos por membros que representam os segmentos do poder público, da comunidade científica e sociedade, oriundo de instituições públicas e privadas, envolvidos em atividades de diagnóstico e acompanhamento da infecção pelo HIV no país.







### Rede de Isolamento e Caracterização do HIV-1 (RENIC)

Em estudo realizado em 2009 pelo Ministério da Saúde, a resistência primária foi analisada e classificada em três níveis no Brasil: baixa (inferior a 5%); intermediária (entre 5 e 10%) e alta (acima de 15%). A coleta de dados foi realizada em seis grandes centros urbanos, que concentram mais de 70% dos casos de aids no país e onde a maioria dos pacientes está em tratamento, a saber: São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Porto Alegre, Brasília e Belém. Concluiu-se que a prevalência geral da resistência primária é baixa na maioria das regiões estudadas.

Embora o estudo não tenha sido desenhado para definir a distribuição de subtipos do HIV no país, foi possível constatar alguns padrões: o subtipo B, por exemplo, permanece como o mais prevalente (72%) em todas as cidades pesquisadas, exceto em Porto Alegre, onde se detectou 69% de prevalência do subtipo C.

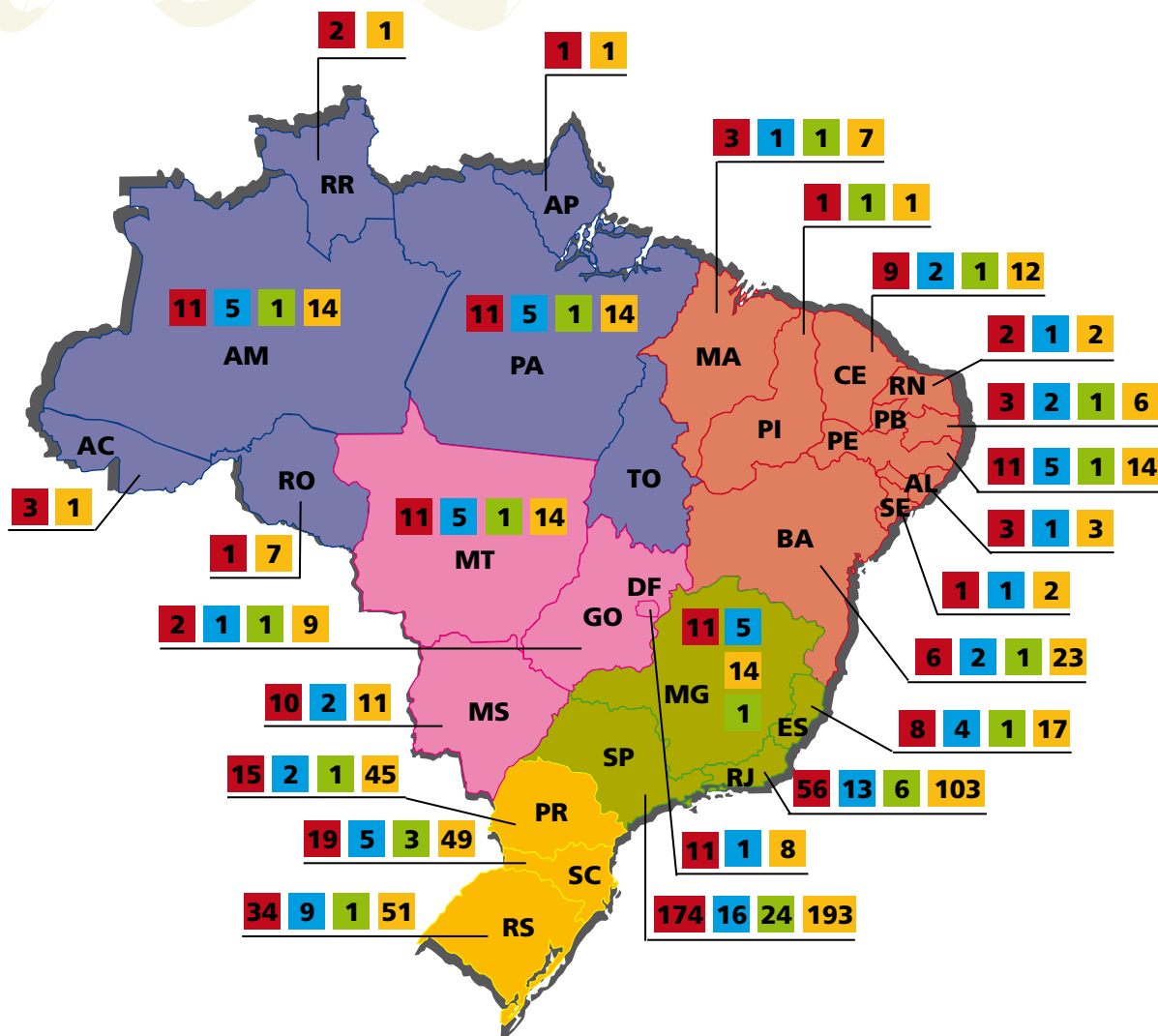
### Assistência aos portadores do HIV/aids

A resposta ao HIV/aids por meio da organização de uma rede de serviços de referência teve um papel histórico no manejo clínico da infecção pelo HIV, com grande impacto na sobrevivência dos pacientes. A rede de serviços de assistência em aids conta com 675 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), 636 unidades de referência para o tratamento (os “SAE”, Serviços de Assistência Especializada), 434 hospitais de referência, 79 hospitais-dia e 54 unidades de atendimento domiciliar terapêutico (*homecare*), perfazendo um total de 1.210 serviços. Essa rede, por integrar o SUS, interage com os demais serviços que o compõem.

As equipes dos SAE são multidisciplinares, compostas basicamente por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. O processo de gerenciamento dessa rede, bem como de sua ampliação, é realizado pelos estados e municípios, e sua sustentabilidade é garantida integralmente por recursos públicos.

Em parceria com instituições de pesquisa, o Ministério da Saúde encontra meios de avaliar a qualidade desses serviços e, a partir dessa avaliação, atuar para melhoria dessa qualidade. Assim o “Qualiaids”, instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em aids no SUS, vem-se desenvolvendo nos últimos anos como importante ferramenta de diagnóstico e gestão. Várias oficinas de trabalho foram realizadas em 2009 nos estados e municípios, com o apoio técnico do Ministério, baseadas nos dados e informações levantados, mostrando aos gestores pontos cruciais a serem trabalhados no nível organizacional.

A segunda década de acesso universal aos antirretrovirais no Brasil apresenta novos desafios aos serviços de assistência, de modo que muitos deles vêm diversificando suas atividades, trabalhando com abordagens voltadas à prevenção de eventos adversos, saúde mental, adesão, reprodução humana e promoção à saúde.



- Hospitais: 434
- Hospital-dia: 79
- Homecare: 54
- Serviços de Assistência Especializada: 636

TOTAL: 1210 Serviços

Unidades Dispensadoras de Medicamentos: 675

SICLOM - 80% dos pacientes

Em 2009, foi publicada uma portaria que regulamenta o credenciamento de hospitais e serviços para o tratamento da lipodistrofia, envolvendo tanto as cirurgias reparadoras quanto o preenchimento facial com metacrilato, que já vem sendo oferecido em vários serviços no país. Sete hospitais de referência foram credenciados em 2009 e mais de 8.000 dos procedimentos para tratamento da lipoatrofia facial já foram realizados no nível ambulatorial desde 2006. Ainda em 2009, o Departamento elaborou, buscando o consenso na técnica, o Manual para Preenchimento Facial, em colaboração com câmara técnica convocada para esse fim.

No que diz respeito à garantia do direito reprodutivo das pessoas que vivem com HIV e aids, o Brasil vem discutindo as recomendações para minimizar os riscos da transmissão do HIV entre casais soroconcordantes ou sorodiscordantes que desejam ter filhos com maior segurança, em diferentes contextos.

No que se refere à coinfeção com a tuberculose, após a implantação do teste rápido de HIV nos serviços de referência para tuberculose na busca de um diagnóstico mais precoce, em 2009 o Departamento inicia movimento conjunto com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose para implantar o teste tuberculínico (PPD) nos serviços de referência para HIV, capacitando enfermeiros nos municípios prioritários para tuberculose e planejando a expansão das capacitações para todos os estados brasileiros. Somando-se a isso, no mesmo ano a profilaxia com isoniazida é implantada nos serviços de DST/aids, sendo disponibilizada nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos e incluída no SICLOM.

### **“Prevenção Positiva”**

Decorridos quase 20 anos da publicação da Lei nº 9.313, que garante o acesso universal aos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde, e da extensiva utilização de esquemas terapêuticos de alta potência, o Brasil vem enfrentando o grande desafio de encontrar formas de prevenir e tratar uma parcela significativa dos pacientes vivendo com aids que vêm sofrendo com os eventos adversos do uso de antirretrovirais. Da mesma forma, torna-se imperativo encontrar meios inovadores e efetivos de abordar a prevenção entre os pacientes com HIV e trazê-la para o campo da prática.

Estudos recentes, que vêm demonstrando a diminuição do risco de transmissibilidade do vírus, correlacionado com carga viral indetectável, incentivam as políticas públicas a apontarem no sentido de trabalhos de adesão ao tratamento. Em 2008, iniciaram-se pesquisas com grupos focais de pacientes atendidos nos serviços ambulatoriais de DST/aids, no sentido de identificar fatores que possam ser determinantes para uma boa adesão à terapia. Os resultados apresentados por esses grupos focais, relacionados a questões de organização de serviços, equipes multidisciplinares, horários de atendimentos, entre outros, vem-se transformando em ferramentas de gestão no sentido da melhoria do atendimento a esses pacientes,

tendo como objetivo, entre outros, uma melhor adesão ao tratamento. Em 2009, foi produzida uma série de vídeos para as salas de espera dos serviços especializados, procurando informar e orientar, assim como promover momentos de troca de vivências entre os pacientes.

No que se relaciona à prevenção de eventos adversos, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais vem trabalhando no sentido de propiciar a correta utilização de métodos que, baseados em evidências e estudos nacionais e internacionais, são capazes de retardar o desenvolvimento das alterações da distribuição da gordura corporal, como é o caso dos exercícios físicos e nutrição direcionados para as necessidades das pessoas vivendo com HIV/aids. Para isso, a formação de grupos de discussão constituídos por especialistas, técnicos do Departamento e pessoas vivendo com HIV tem mostrado bons resultados no planejamento de ações para os serviços, incluindo a elaboração de manuais técnicos para as equipes de saúde, orientando quanto a indicações e técnicas.

### **Casas de apoio**

O Ministério da Saúde vem destinando apoio técnico-financeiro a instituições que oferecem abrigo e assistência multidisciplinar a adultos vivendo com HIV/aids, em cogestão com estados e municípios. O número de casas de apoio beneficiadas entre os anos de 2005 e 2009 manteve-se no mesmo patamar, compreendendo 19 estados do país e totalizando 107 casas e 1.841 acomodações. A mesma estratégia é direcionada a crianças e adolescentes que vivem com HIV/aids, sendo que, nos anos de 2008 e 2009, o apoio a 44 casas foi realizado diretamente por estados e municípios.

No âmbito do apoio às pessoas que vivem com HIV/aids, constitui um desafio importante o fortalecimento dos laços familiares e a inclusão social de crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids.



## Capítulo 4 – A participação do Brasil na cooperação internacional de luta contra a aids

A política brasileira de enfrentamento das DST/aids - baseada na integração entre prevenção, assistência e promoção dos Direitos Humanos – serve para fortalecer a participação do país em discussões internacionais com vistas a uma defesa intransigente do direito humano à saúde, em seu conceito mais amplo. Dessa forma, o Brasil tem-se posicionado pela afirmação da importância de abordagens integradas à epidemia, incluindo a participação da sociedade civil e a garantia dos Direitos Humanos, com destaque para os direitos de pessoas que vivem com HIV/aids e de populações vulneráveis. Dentre as ações brasileiras no cenário internacional que visam à eliminação das barreiras ao acesso universal, está a negociação em foros internacionais de medidas que permitam maior flexibilização do sistema vigente de propriedade intelectual, bem como o advocacy contra as restrições de entrada e permanência em países relacionadas ao HIV e contra a criminalização em razão do HIV, da orientação sexual e da identidade de gênero.

Uma vez que a resposta brasileira é marcada pela intensa participação da sociedade civil, isso também encontra reflexo na atuação internacional. Governos e organizações não governamentais, movimentos sociais e pessoas que vivem com HIV/aids trabalham em forte parceria no âmbito dos diversos foros multilaterais e em projetos de cooperação técnica entre países. Além disso, há um intenso diálogo com organismos internacionais e agências bilaterais, especialmente a partir do Grupo Temático do UNAIDS, para a realização de ações no âmbito nacional e de cooperação internacional.

A compreensão da primazia do direito humano à saúde em relação aos direitos de propriedade intelectual, aliada às iniciativas internacionais com perspectivas para o desenvolvimento - como a estratégia global de luta contra a fome e a pobreza -, também tem possibilitado ao Brasil uma intensa atuação para a implementação de mecanismos financeiros inovadores e o estabelecimento de referências internacionais para redução de preços e garantia de insumos de prevenção e tratamento para todos. Destaque-se a participação do Brasil na criação, em 2004, da Rede de Cooperação Tecnológica em HIV e Aids, voltada à pesquisa e desenvolvimento de insumos estratégicos; no financiamento, de forma contínua, da UNITAID – Central Internacional de Compra de Medicamentos para Aids, Tuberculose e Malária; na cooperação em vacinas anti-HIV por meio do IBAS (consórcio entre Índia, Brasil e África do Sul) e cooperação Brasil-França; no estímulo a redes regionais de pesquisa na América Latina e Caribe. Some-se a isso a atuação do país junto à Organização Mundial de Saúde, à Junta de Coordenação do UNAIDS e, mais recentemente, ao Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas.

O Brasil teve posição de destaque durante as negociações do Grupo de Trabalho Intergovernamental da OMS para a formulação da Estratégia Global sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, que culminou com a aprovação do texto pela 61ª Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 2008. Com apoio das delegações de diversos países em desenvolvimento, o Brasil propôs a inserção, no escopo da estratégia, de um capítulo de princípios, reafirmando a Declaração de Doha e a primazia da saúde pública sobre as questões comerciais. Atualmente, o Brasil tem apoiado a implementação da estratégia em nível global e a consolidação de uma plataforma regional para a América Latina e Caribe, em parceria com a OPAS.

Considerando que a epidemia ultrapassa fronteiras e, por isso, é necessário unir esforços para enfrentá-la, desde o início da última década de 90, o Brasil tem investido na cooperação técnica internacional em HIV/aids, caracterizada por ser uma cooperação entre países em desenvolvimento (cooperação Sul-Sul), realizada segundo o princípio da horizontalidade. A cooperação horizontal é entendida como um processo em que a relação entre os países baseia-se no respeito mútuo e as ações são definidas conjuntamente, em um processo no qual todas as etapas da cooperação são discutidas e definidas por um consenso entre as partes envolvidas, buscando-se a autonomia dos países em processos que sejam sustentáveis.

A cooperação brasileira tem ampliado seu campo de atuação e abrange, atualmente, diversos temas relacionados à epidemia. Em 2004, foi criado o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT) - iniciativa conjunta do Governo Brasileiro e do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids, com apoio da Cooperação Técnica Alemã (GTZ) e do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID) - que atualmente mobiliza recursos financeiros e técnicos do governo brasileiro, organismos internacionais e agências bilaterais para a realização de atividades em mais de 20 países da América do Sul, América Central, Caribe, África e Ásia.

Em 2004, foi criada a Rede “Laços Sul-Sul”, com o objetivo de apoiar os esforços nacionais para alcançar o acesso universal à prevenção, cuidado e tratamento por meio da cooperação técnica e fornecimento de medicamentos ARV de primeira linha, produzidos por laboratórios públicos no Brasil, e testes rápidos fornecidos pelo UNICEF. A Rede reúne 8 países de língua portuguesa e espanhola: Bolívia, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste. Ademais, o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT), UNAIDS, UNFPA, UNESCO e UNICEF estão ativamente envolvidos no apoio à Rede. Inicialmente focada na redução da transmissão vertical do HIV e prevenção para mulheres, crianças e adolescentes, a Rede tem crescido para abarcar outras áreas. Refletindo sua contribuição para a expansão dos serviços de cuidado e tratamento e prevenção por meio da Cooperação Sul-Sul, a Rede foi premiada pelas Nações Unidas, em dezembro de 2008, na Exposição sobre Cooperação Global/Sul-Sul.

Desde 1995, o Brasil faz parte do Comitê de Prevenção e Controle de HIV/Aids das Forças Armadas e Polícia Nacional da América Latina e Caribe (COPRECOS LAC),

que atua como uma plataforma regional de resposta à epidemia do HIV na área de defesa e segurança. Para a consecução desse objetivo, o COPRECOS LAC adotou como estratégias: a) estabelecer relações igualitárias, bilaterais e multilaterais, desenvolvendo projetos de cooperação técnica que ofereçam benefícios mútuos e tenham os custos compartilhados entre os países envolvidos; b) promover o intercâmbio de experiências e tecnologias visando soluções conjuntas para as epidemias de aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis. O COPRECOS LAC está constituído pelos COPRECOS dos diferentes países da América Latina e Caribe. O Brasil, por meio do Ministério da Defesa, foi um dos seus fundadores e exerceu a Presidência do Comitê no período de 2005-2007. O COPRECOS LAC contou com o apoio do CICT, entre outras organizações, para a elaboração de proposta de financiamento para a Oitava e a Nona Rodada do Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária. Na segunda oportunidade, a proposta apresentada foi avaliada positivamente pelo Comitê de Revisão Técnica, e deverá receber financiamento a partir de 2010.

Diante da necessidade de fomentar e fortalecer iniciativas de integração regional em torno da resposta ao HIV/aids, desde 1995, o Brasil participa do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids (GCTH), que reúne os programas de aids da América Latina e do Caribe e representantes das redes comunitárias regionais. A iniciativa tem proporcionado avanços importantes no acesso universal à prevenção, ao tratamento, aos cuidados e ao apoio, por meio da realização de Consultas Regionais, capacitações e eventos técnico-científicos, promovendo a ampliação e diversificação do intercâmbio entre os países da região. Outro fórum importante para o país é a Comissão Intergovernamental de HIV/Aids do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) que, em 2008, acordou estratégias regionais voltadas à prevenção e ao controle da epidemia junto a populações vulneráveis, uma vez que a realidade da região é de epidemias concentradas.

Considerando a atuação regional na luta contra a epidemia de aids, uma das principais preocupações dos países que formam o bloco econômico conhecido como MERCOSUL diz respeito à organização dos serviços de prevenção e cuidados nas regiões de fronteira, considerando o fluxo de pessoas e bens nessas áreas, assim como a fragilidade das estruturas locais. Desde meados dos anos 1990, têm-se desenvolvido ações isoladas, que se tornaram mais integradas nos últimos anos, incluindo a proposta da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids do MERCOSUL no sentido de desenvolver projetos específicos nessa temática. Em 2008, o projeto, que foi preparado pelo Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT) em conjunto com representantes do MERCOSUL e GTZ, foi aprovado pelo Encontro de Ministros de Saúde do MERCOSUL, garantindo maior sustentabilidade política para o projeto e também maior integração regional das ações, que antes eram executadas de maneira isolada.

A partir do projeto, foram estabelecidos e/ou consolidados Comitês/Grupos de trabalho em HIV/aids nas áreas de fronteira que, por sua vez, elaboraram subprojetos



e planos de trabalho locais. A missão dos Comitês/Grupos de trabalho é propor e acompanhar ações e atividades de controle e prevenção das DST/HIV/aids nessas áreas. Existem Comitês/Grupos de trabalho nas fronteiras do Brasil com a Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Paraguai, Uruguai e Venezuela. Em 2009, o projeto foi objeto de avaliação e seus resultados foram compartilhados entre os países, de forma a estabelecer uma estratégia para a continuidade e sustentabilidade das ações. Também nesse ano foi dado início ao planejamento de ações na fronteira com a Guiana Francesa.

Recentemente, o Brasil tem buscado reunir os países cooperantes em torno de temas específicos. Com base em demandas feitas pelos países, o foco de atuação recaiu nas seguintes áreas de atuação: enfrentamento da feminização da epidemia, vigilância epidemiológica, qualificação da informação e produção de conhecimento.

Em 2008, o CICT, em parceria com o UNICEF, o UNAIDS e o Ministério da Saúde do Brasil, além do apoio da Embaixada dos Países Baixos no Brasil, deu início ao projeto “Respondendo às Vulnerabilidades de Jovens em Situação de Rua ao HIV/Aids: a Cooperação Sul-Sul como eixo de articulação”, por meio da cooperação entre Bolívia, Brasil, Colômbia e Peru. A iniciativa considera a realidade comum entre esses países, relacionada ao contexto de violência e exclusão dos jovens em situação de rua e de fragilidade ou ausência de ações e políticas que atendam às necessidades dessa população (meninos e meninas em situação de rua), tornando-a fortemente vulnerável às DST/aids. A partir da iniciativa, têm sido promovidas e/ou fortalecidas a parceria e integração de ações entre as áreas de saúde e proteção às crianças e adolescentes dos países envolvidos, com vistas à implementação de planos de trabalho para o enfrentamento da epidemia junto a essa população, atualmente em fase de elaboração.

Também entre as iniciativas de cooperação estão projetos sobre harmonização de políticas públicas para a educação sexual e a prevenção do HIV/aids no ambiente escolar e apoio à Rede Pastoral da Aids, além de iniciativas temáticas junto à Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Dessa forma, a cooperação técnica e o diálogo promovido pela atuação internacional do Brasil contribuem para o fortalecimento da resposta nacional. Ao tempo em que se tem conseguido identificar boas práticas de organizações governamentais e não governamentais brasileiras e de países parceiros, tem sido possível encontrar diferentes respostas a problemas semelhantes no campo do enfrentamento do HIV/aids. Isso permite estimular a criatividade no desenho e implementação de estratégias frente à epidemia e, principalmente, gerar oportunidades e fortalecer alianças para responder a uma questão comum.

## Capítulo 5 – Perspectivas, desafios e lições aprendidas

Ao longo dos anos, em numerosos fóruns e seminários, o governo, a sociedade civil e instituições acadêmicas vêm avaliando a trajetória percorrida, buscando aprimorar a resposta brasileira. No presente capítulo, combina-se a preocupação com os cenários futuros da epidemia no Brasil e as lições aprendidas, na conjuntura de uma epidemia concentrada em populações com um histórico de difíceis relações de acolhimento no sistema de saúde.

Os desafios que se colocam ante a resposta brasileira à aids, em médio e longo prazo, são:

- I. Diminuição do número de novas infecções, com ênfase em populações vulneráveis;
- II. Incremento das ações intersetoriais que visam à diminuição de riscos e vulnerabilidades da população, considerando as desigualdades regionais;
- III. Ampliação do acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e outras DST;
- IV. Promoção do acesso universal às atividades de prevenção, na perspectiva da equidade, com ampliação do acesso aos insumos e estímulo ao uso consistente de preservativo;
- V. Incremento das ações para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita;
- VI. Melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e aids, mediante a integração das estratégias em HIV/aids na saúde e outros setores;
- VII. Ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde e apoio social, incluindo a atenção primária;
- VIII. Sustentabilidade do acesso universal ao tratamento;
- IX. Execução efetiva das ações pactuadas em DST/aids no SUS, garantindo os recursos técnicos e financeiros nas três esferas de governo, com participação social;
- X. Ampliação das garantias de Direitos Humanos das pessoas vivendo com HIV e aids, notadamente em áreas como acesso e permanência no mercado de trabalho, e junto às populações já marginalizadas pela pobreza e pela discriminação em virtude de orientação sexual, raça e gênero.

Para enfrentar os desafios apontados, é importante superar barreiras geográficas, institucionais e no campo dos Direitos Humanos. São barreiras geográficas a distância dos serviços (característica de país continental), principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do país, e a baixa incidência de serviços especializados e criados a partir de critérios epidemiológicos e populacionais atualizados. Há um conjunto de barreiras no campo dos Direitos Humanos, como o estigma que leva pessoas a realizarem tratamento em outros municípios que não o de sua moradia, por medo da discriminação na própria localidade. Por fim, como barreiras institucionais, mesmo com três décadas de epidemia, ainda há profissionais de saúde que se recusam a atender populações mais vulneráveis ou afetadas pela aids nos serviços. Nesse particular, as populações vivendo em situação de rua são as mais prejudicadas, bem como os usuários de álcool e outras drogas.

Ao mesmo tempo, para superar os desafios acima, ampliando as possibilidades de sucesso da resposta nacional à aids, é imprescindível considerar as lições aprendidas. Optou-se por não relatar as experiências específicas porque seria difícil escolher entre tantas experiências qualificadas como de bons resultados em um país tão grande e numa trajetória já tão larga de enfrentamento da aids. As lições aprendidas, abaixo enumeradas, correspondem à complexidade da resposta brasileira à aids, ao tamanho e diversidade do país.

- I. O envolvimento da sociedade civil, dos profissionais de saúde e de outros setores da sociedade que exercem a função de controle social sobre as políticas públicas na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação das estratégias de enfrentamento da epidemia é uma boa prática. Essas categorias estão representadas em conselhos e comissões em âmbito de consulta e de decisão na saúde. Um desafio ligado a essa boa prática é o de ampliar, para os novos parceiros das políticas públicas de prevenção à aids, essa mesma modalidade de controle social, o que implica pensar na participação da sociedade civil nas esferas de decisão e avaliação em outros organismos federais, como o Ministério da Educação, o Ministério da Justiça, o Ministério da Defesa, como também no nível dos estados e municípios.
- II. A resposta brasileira se caracteriza, desde seu início, por uma combinação equilibrada entre autoridade nacional única em nível federal com grande manejo de recursos e capacidade de decisão (anteriormente o Programa de DST e Aids, atualmente o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais) e o processo de descentralização, que marca a construção e ampliação do sistema público de saúde. Em uma conjuntura de epidemia concentrada, com desigualdade de distribuição regional e populacional, a institucionalização das ações de prevenção e assistência na rotina dos serviços de saúde deve ser feita mediante a negociação entre a autoridade nacional e as instâncias estaduais e municipais. A manutenção do equilíbrio adequado entre autoridade nacional e as autoridades em saúde de estados e municípios tem encontrado nos planos operacionais uma boa prática. Os planos são estratégias de consolidação e pactuação de ações já em

andamento, mas que se mostram dispersas e irregulares, e que, com os planos, ampliam-se em escala nacional, garantindo a consolidação e manutenção das ações. Na elaboração desses planos, o diálogo entre a autoridade nacional e as instâncias locais é a garantia do sucesso. Dentre os planos ora em andamento, citam-se: o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e DST; o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita; o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros HSH e Travestis.

- III. A priorização das ações de assistência à saúde e prevenção, que estão no mesmo patamar de intensidade e são entendidas como direitos essenciais no campo da saúde.
- IV. A resposta brasileira à aids é marcada pela compreensão da epidemia no quadro da vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. Isso implica a valorização das identidades de grupos e populações, o respeito à diferença e a valorização da diversidade. Exemplo dessa boa prática é a pluralidade de chamadas de seleção de pesquisa, intervenção e *advocacy* lançadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e pelos programas estaduais e municipais de aids, contemplando a diversidade de regiões, de populações e de contextos, entendendo que as ações de prevenção e assistência devem respeitar o consentimento dos sujeitos e o contexto cultural e de valores.
- V. Da ênfase nos Direitos Humanos e no acesso universal ao tratamento derivam: a preocupação crescente com a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e aids, que se reflete em ações de combate à discriminação na comunidade; a ampliação da estrutura legal de proteção no local de trabalho; a garantia do anonimato no tratamento; a garantia de direitos e benefícios sociais; a garantia de acesso a vacinas e a procedimentos para prevenção de doenças; a ampliação dos procedimentos que visam minimizar os efeitos adversos da TARV (preenchimento facial, tratamento da lipodistrofia e das doenças hepáticas, exercícios físicos, etc.); o acompanhamento por equipe de saúde multiprofissional (médico, psicólogo, enfermeira, assistência farmacêutica, saúde bucal, etc); a abordagem interdisciplinar e outras medidas que garantam a melhoria da qualidade de vida das pessoas soropositivas. O acompanhamento do paciente HIV+ apresenta uma complexidade cada vez maior e a isso se conjugam os esforços para evitar os óbitos precoces e os diagnósticos tardios. Os esforços para elevar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e aids implicam estratégias para ampliar o acesso e o vínculo dos pacientes aos serviços.
- VI. A ampliação e estabilização do regime democrático brasileiro, além do forte investimento em programas de inclusão social e de elevação do nível de escolaridade da população brasileira, são reconhecidos como fatores que contribuem para a redução da vulnerabilidade estrutural social e da vulnerabilidade programática.

VII. Um Sistema Público de Saúde fortalecido, a partir de seus princípios doutrinários e organizacionais, que produz resultados de qualidade e se caracteriza por: universalidade (a saúde é um direito de todos); integralidade (a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos, tanto os individuais quanto os coletivos); equidade (todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde); participação da comunidade (controle social exercido pelos usuários por meio de conferências e conselhos em todos os níveis); descentralização político-administrativa (o SUS existe e atua nos níveis nacional, estadual e municipal); hierarquização e regionalização (serviços de saúde divididos em níveis de complexidade).

## Referências

### 6.1 – Bibliografia

ALL PARTY PARLIAMENTARY GROUP ON AIDS. *The Treatment Timebomb*. London, 2009.

BARBOSA JR., A. et al. Tendências da epidemia de aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 25, n. 4, p. 727-737, 2009. ISSN 0102-311X.

BASTOS, F. I. *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *AIDS: Leia antes de escrever*. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*, Ano III, n. 1. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*, Ano IV, n. 1. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*, Ano V, n. 1. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. *Prevalência da sífilis, do HIV e do HTLV e Fatores Comportamentais Associados: Estudo Transversal com Conscritos das Forças Armadas*. Relatório técnico. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Metas da UNGASS – HIV/AIDS: Resposta Brasileira, 2001-2003*. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. *Direitos humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Brasília, 2008. Série Parcerias e Mobilização Social, n. 6.

\_\_\_\_\_. *Metas e compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV/AIDS: UNGASS HIV/AIDS - Resposta Brasileira 2005/2007, Relatório de Progresso do País*. Brasília, 2008.

BRASIL. Presidência da República. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: principais iniciativas do governo federal*. Brasília, 2007.

BRASIL. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. SNDH, Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, Brasília, 2006.

CHEQUER, P.; HEARST, N.; HUDES, E. S. et al. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. *AIDS*, [S.l.], v. 6, n. 5, p. 483-7, 1992.

GUIBU, I. A.; BARROS, M. B. A.; CORDEIRO, M. R. D. et al. Estudo de Sobrevida de Pacientes de AIDS no Brasil, 1998 a 1999: Fase I, Regiões Sul e Sudeste. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*, ano V, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008\\_vers%E3o1\\_6.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008_vers%E3o1_6.pdf)>. Acesso em 20 mar. 2009.

HOLMES, K.; SPARLING, P. F.; MARDH, P. A. et al. *Sexually Transmitted Diseases*. [S.l.]: McGraw-Hill, 1999. 3 ed.

INOCENCIO, L.; PEREIRA, A.; SUCUPIRA, M. C. et al. et al. Brazilian Network for HIV Drug Resistance Surveillance: a survey of individuals recently diagnosed with HIV. *Journal of the International AIDS Society*, [S.l.], 2009, v. 12, n. 20, p. 10.1186-1758-2652. Disponível em <<http://www.jiasociety.org/content/12/1/20>>.

KERR, L. *Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

MARINS, J. R.; JAMAL, L. F.; CHEN, S. Y. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, [S.l.], v. 17, p. 1675-1682, 2003.

MATIDA, L. H.; GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDO DA SOBREVIDA EM CRIANCAS COM AIDS. AIDS by mother-to-child transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 23, n. 3, p. S435-S444, 2007.

MATIDA, L. H.; RAMOS JR., N. A.; MONCAU, J. E. C. et al. AIDS by mother-to-child transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. *Cad. Saúde Pública* (FIOCRUZ), [S.l.], v. 23, n. S3, p. 435-44, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s3/11.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2009.

MATIDA, L. H.; RAMOS JR., A. N.; MARQUES, H. H. S. et al. Ampliação da sobrevivência de crianças com AIDS: uma resposta brasileira sustentável. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*, ano V, n. 1, 2008. Disponível em: <[http://www.AIDS.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008\\_vers%E3o1\\_6.pdf](http://www.AIDS.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008_vers%E3o1_6.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2009.

MATIDA L. H.; MARCOPITO, L. F.; SUCCI, R. C. et al. Improving survival among Brazilian children with perinatally-acquired AIDS. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, [S.l.], v. 8, n. 6, p. 419-423, 2004.

MATIDA L. H.; RAMOS JR., A. N.; HEUKELBACH, J. et al. Continuing Improvement in Survival for Children With Acquired Immunodeficiency Syndrome in Brazil. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, [S.l.], v. 28, n. 10, p. 920-922, 2009.

MAYAUD, P.; MABEY, D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sexually Transmitted Infections*, [S.l.], v. 80, n. 3, p. 174-82, 2004.

NILO, A.; VELOSO, J. C.; VILLELA, W. V. *Monitoramento das metas da UNGASS-AIDS em saúde sexual e reprodutiva das mulheres: avanços e desafios para a resposta brasileira*. Fórum UNGASS AIDS Brasil, Gestos: Recife, 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS). *Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños*. Washington D.C., 2009.

SCZWARCOWALD, C. L. *Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil*. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2010.

SZWARCOWALD, C. L. et al. HIV Testing During Pregnancy: Use of Secondary Data to Estimate 2006 Test Coverage and Prevalence in Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 167-172, 2008.

\_\_\_\_\_. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, 2007. *Cad. de Saúde Pública*, [S.l.]. No prelo, 2010.

SZWARCOWALD, C. L.; CARVALHO, M. F.; BARBOSA JR. et al. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian Military Conscripts, 1997-2002. *Clinics*, [S.l.], v. 60, n. 5, p. 367-74, 2005.

SOUZA JR., P. R. B.; SCZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. *Clinics*, [S.l.], v. 62, n. 5, p. 579-84, 2007.

SUCCI, R. *Protocolo colaborativo multicêntrico brasileiro para avaliar as taxas de transmissão materno infantil do HIV em filhos de mulheres com diagnóstico da infecção pelo HIV realizado antes, durante ou até três meses após o parto*. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003.

SUCCI, R. C. M.; Grupo de Estudos da Sociedade Brasileira de Pediatria para Avaliar a Transmissão Materno Infantil do HIV. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 23, Supl. 3, p. S379-S389, 2007.

TESS, B. H. et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. São Paulo



Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *AIDS*, [S.l.], v. 26, n. 12, p. 513-20, 1998.

THE JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *Joint Action for Results: UNAIDS Outcome Framework 2009-2011*. Geneva, 2009.

\_\_\_\_\_. *The HIV Epidemic in the Portuguese Speaking Countries: current situation and future perspectives towards universal access for prevention, treatment and care*. Geneva, July 2008.

\_\_\_\_\_. *Dialogue on Universal Access: A summary of consultations with key stakeholders*. Geneva, 2009.

\_\_\_\_\_. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators : 2010 reporting*. Geneva, 2009.

\_\_\_\_\_. *UNAIDS' Terminology Guidelines*. Geneva, February 2008.

\_\_\_\_\_. *Annual report 2008: towards universal access*. Geneva, 2009.

\_\_\_\_\_. *The Global Economic Crisis and HIV Prevention and Treatment Programmes: Vulnerabilities and Impact*. Geneva, 2009.

\_\_\_\_\_. *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Geneva, 2009.

\_\_\_\_\_. *Medição de Gastos em AIDS/SIDA (MEGAS): Classificações e Definições*. ONUSIDA Brasil, 2009.

\_\_\_\_\_. *The Global Economic Crisis and HIV Prevention and Treatment Programmes: Vulnerabilities and Impact Executive Summary, BRAZIL*. October 2009.

UNITED NATIONS (UN). *Towards universal access scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*, 2009. New York, 2009.

UNITED NATIONS (UN). *General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly 60/262. Political Declaration on HIV/AIDS*. New York, 2006.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). *Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y Caribe*. Santiago de Chile, 2005.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). *Culture, HIV and AIDS: an annotated bibliography*. Paris, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*. The Fifty-eighth World Health Assembly, WHA58.33, 2005.

\_\_\_\_\_. *Global prevalence and incidence of selected curable Sexually Transmitted Infections: overview and estimates*. Genève, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The Global Strategy for Intervention and Control of Sexually Transmitted Infections*: 2006-2015. Geneva, 2006.

## 6.2 – Sítios da internet

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

[www.who.int/tb/country/en](http://www.who.int/tb/country/en)

<http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>

<http://www.measuredhs.com/>

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

<http://conselho.saude.gov.br/>

<http://www.fiocruz.br>

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>

<http://www.cenaids.com.br/>

<http://www.abiaids.org.br/>

<http://www.theglobalfund.org/en/>

<http://www.unodc.org/brazil/index.html>

<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php>

<http://www.unesco.org/pt/brasil/>

<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/>

[http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/sepm/](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/)

<http://sistemas.aids.gov.br/prevencao2010/>

<http://sistemas.aids.gov.br/congressoprevencao/2008/index.php>

[http://sistemas.aids.gov.br/forumprevencao\\_final](http://sistemas.aids.gov.br/forumprevencao_final)

<http://www.datasus.gov.br/>

<http://www.aids.gov.br/main.asp?Team={2AC6957D-CD5D-4D96-901D-6947A6D2059D}> (para informações sobre a situação dos povos indígenas)



**ANEXO 1**

**INDICADOR 1:**  
**GASTOS**

*Demonstrativo dos gastos relacionados ao HIV/  
AIDS no Brasil, por categorias de gastos e fontes  
de financiamento, nos anos de 2007 e 2008*





## DEMONSTRATIVO DOS GASTOS RELACIONADOS AO HIV/AIDS NO BRASIL, POR CATEGORIAS DE GASTOS E FONTES DE FINANCIAMENTO, NOS ANOS DE 2007 E 2008

### Descrição da Metodologia

A Matriz de Financiamento Nacional é utilizada para medir o gasto relacionado à aids por fonte de financiamento. Trata-se de uma planilha de cálculo que permite aos países registrarem os gastos relacionados à aids em categorias de gasto e fontes de financiamento. Esse indicador proporciona informação fundamental, útil tanto a nível nacional como mundial, da resposta à aids. Essa Matriz tem dois componentes básicos:

- Categorias de gasto relacionado à aids (como se gastam os fundos assinados pela resposta nacional);
- Fontes de financiamento (onde se obtêm os fundos assinados pela resposta nacional).

Existem oito categorias de gasto em aids: 1) prevenção; 2) atenção e tratamento; 3) órfãos e crianças vulneráveis; 4) fortalecimento da gestão e administração de programas; 5) incentivos para os recursos humanos; 6) proteção social e serviços sociais (excluindo os órfãos e crianças vulneráveis); 7) meio ambiente favorável e desenvolvimento da comunidade; e 8) pesquisa. Essas categorias possuem 79 tipos diferentes de classificação, distribuídas em 11 tipos de fontes de financiamento, gerando 869 células de informação. As fontes de financiamento, no presente levantamento, dividem-se em: pública (nacional e subnacional) e internacional.

Buscou-se adaptar a metodologia de **Medição do Gasto em Aids (MEGAS)**, para levantamento das informações para o indicador de financiamento, por ser uma ferramenta que tem classificação de atividades similares às solicitadas para a UNGASS. A MEGAS permite monitorar a mobilização e o fluxo de recursos para a resposta nacional em HIV/aids, auxiliando na instalação de processos contínuos de informação financeira dentro do marco nacional de monitoramento e avaliação. Essa estratégia já foi utilizada para o levantamento de 2006, o que permitirá a comparabilidade dos dados.

O período do presente levantamento abrange os anos de 2007 e 2008. Não foi possível realizar o levantamento do ano de 2009, uma vez que os gastos desse ano ainda não haviam sido finalizados pelos diferentes órgãos e instituições executoras, até o período de coleta de informação.

Baseadas nas prioridades da UNGASS, os dados coletados foram classificados segundo as categorias de gastos de fontes públicas (nacional e subnacional) e internacionais (agências bilaterais, multilaterais e fundações internacionais privadas). Devido às dificuldades de realizar o levantamento dos gastos privados, decorrentes dos gastos realizados pelas pessoas para a manutenção de planos privados de saúde ou outros gastos privados em saúde, estes não estão incluídos neste levantamento, tal como nos levantamentos anteriores.

Para os gastos públicos nacionais (federal), foram consideradas informações financeiras e orçamentárias oriundas do Ministério da Saúde, por meio das áreas específicas para: aquisição de materiais, equipamentos, medicamentos ARV, contratação de profissionais; aquisição de insumos de laboratório (Carga Viral, CD4/CD8, testes HIV, Genotipagem) e de prevenção (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante); financiamento dos procedimentos ambulatorial e hospitalar; apoio a ações de prevenção realizadas pelas OSC junto à população em geral e populações mais vulneráveis; realização de ações de comunicação; produção de materiais educativos; repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde diretamente aos fundos estaduais e municipais de saúde (Política de Incentivo às Ações no Âmbito do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais); e repasses às agências internacionais do sistema ONU, com as quais o Ministério da Saúde possui cooperação técnica e financeira firmada nessa área. Também foram levantadas informações sobre os gastos de outras áreas públicas federais: previdência social e educação. Os dados foram obtidos nos sistemas de informações do Ministério da Saúde e de outros órgãos públicos.

Considerando a forte descentralização do financiamento público em saúde e a estrutura federativa do país, constituído por 27 estados e 5.564 municípios, existem dificuldades para a realização do levantamento de dados subnacionais, levando a dificuldades para a inclusão de informações do financiamento público em saúde e de outras áreas públicas (previdência e educação, por exemplo). Porém, com o objetivo de iniciar um processo que possibilite gradualmente ampliar a capacidade de obtenção dessas informações nos futuros estudos e levantamentos, foi formulado um questionário remetido aos programas de DST/Aids das secretarias estaduais de saúde, visando levantar os gastos relativos à aquisição dos medicamentos destinados ao tratamento das infecções oportunistas (IO). Essa informação, apesar de representar somente uma parcela dos gastos desses órgãos públicos, amplia o conhecimento dos gastos descentralizados no país e fornece subsídios para identificar o grau de envolvimento local com os compromissos estabelecidos entre os três níveis de governo. Essas informações, obtidas por meio de questionário enviado pelo Ministério da Saúde, foram fornecidas por 24 secretarias estaduais de saúde (88%).

Após coleta, essas informações foram classificadas nas categorias de financiamento e consolidadas na Matriz de Financiamento, em valores correntes (não deflacionados), tendo como moeda de câmbio o dólar americano, em seu valor médio anual<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Para este levantamento, devem ser utilizados os valores de R\$ 1,96 para o ano de 2007 e R\$ 1,83 para o ano de 2008 (fonte: BACEN, 2009).

No caso dos gastos internacionais, as informações foram obtidas junto às organizações que estabeleceram cooperação com o Brasil (agências governamentais internacionais, fundações privadas e organizações do Sistema ONU). Essas informações foram obtidas por meio de questionário enviado em cooperação com o escritório do UNAIDS no Brasil.

É importante ressaltar que a classificação dos gastos na Matriz de Financiamento Nacional, apesar de ampliar a capacidade de análise das informações, encontra grandes dificuldades em adequar-se à estrutura de financiamento público no Brasil. Em sua grande parte, não há sistemas de informação que permitem identificar os gastos nas categorias preconizadas. Portanto, deve-se levar em consideração que o registro de alguns valores em determinadas categorias pode afetar o real conhecimento dos gastos efetivos nessas categorias. Citam-se, como exemplo, os gastos em prevenção, principalmente aqueles voltados para populações mais vulneráveis, realizados tanto diretamente pelos organismos governamentais como pelos organismos não governamentais (nacionais e internacionais).

## EVOLUÇÃO DOS GASTOS COM AIDS NO BRASIL (1998-2008)

O Sistema Único de Saúde – SUS está instituído no Brasil desde 1988. Com sua estrutura hierarquizada e interdependente nos níveis federal, estadual e municipal, seu financiamento é realizado por meio de fontes públicas, oriundas de diversos tributos e impostos federais e de recursos aplicados pelos governos estaduais e municipais originários de impostos locais. As ações de saúde, em todos os níveis de complexidade, são realizadas por uma rede de serviços públicos e privados conveniados ao sistema. Segundo a legislação vigente, a rede privada é complementar a esse sistema e tem como principal base de financiamento os gastos individuais ou por meio dos planos de saúde. Estima-se que cerca de 20% da população brasileira possui planos privados de saúde, apesar de também utilizar a rede pública de saúde.

Nos últimos anos, verifica-se mudança na participação dos governos estaduais e municipais nesse financiamento, como se observa na tabela abaixo.

**Tabela 1:** Percentual de receita da saúde por esfera de governo – Brasil, 2005-2008

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
2005	38,5	31,0	30,5
2006	46,7	22,1	27,2
2007	47	26	27
2008	50,6	24,4	25

Fonte: CARVALHO, 2007 e 2009.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> CARVALHO, Gilson. Gasto Público em Saúde – Brasil, IBSAÚDE, 2007 (disponível em: < [www.ibsaude.org.br](http://www.ibsaude.org.br)>) e Financiamento da Saúde no Brasil, ABRASCO, 2009.



Em relação à aids, a maior parte dos gastos de saúde realizados no Brasil são de recursos públicos, tanto do governo federal como dos governos estaduais e municipais. A tabela abaixo mostra os valores do orçamento federal, de 1998 a 2009, destinado ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, responsável pela condução do Programa Brasileiro de DST e Aids. Os valores anuais do orçamento refletem sua adequação às necessidades de gastos estimadas para ano desse período.

**Tabela 2:** Orçamento do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais no Ministério da Saúde – 1998 a 2009.

Em R\$ milhões

Exercício	Orçamento (*)
1998	271,21
1999	593,41
2000	713,10
2001	654,50
2002	802,45
2003	689,00
2004	880,28
2005	941,54
2006	1.305,36
2007	1.362,39
2008	1.340,75
2009	1.430,16

**Fonte:** SIAFI. Não estão incluídos os gastos com internações hospitalares, consultas ambulatoriais e exames laboratoriais, pagos pelo SUS. (\*) Valores correntes. Para o ano de 2009 considerou-se, para fins cambiais, o dólar médio de 2009 de R\$ 2,00 (BACEN, 2009).

Da mesma forma que os demais gastos públicos em saúde, os gastos em aids também são feitos com recursos oriundos dos governos estaduais e municipais, realizados principalmente pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

No presente estudo não foi feito levantamento dos gastos de fontes públicas estaduais e municipais. A ausência desses dados certamente afeta o conhecimento do efetivo gasto público. Em estudo anterior<sup>3</sup>, relativo ao ano de 2004, foi levantado que os gastos de 16 secretarias estaduais e 129 secretarias municipais de saúde foi cerca de R\$ 201 milhões<sup>4</sup>, representando impacto significativo nos gastos totais daquele ano. Em 2009, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo informou adicionalmente que, além da aquisição de medicamento para IO e outros gastos, o estado gastou em 2007 e 2008, respectivamente, R\$ 36,6 milhões e R\$ 40,6 milhões para sustentabilidade do programa estadual de DST/Aids (recursos humanos, infraestrutura, prestadores de serviços, etc.).

<sup>3</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Contas em HIV/Aids - estimativas do gasto público - 2003 e 2004 (versão condensada). Brasília, 2006.

<sup>4</sup> Valores correntes. Considerar, para fins cambiais, o dólar médio de 2004: R\$ 2,93 (BACEN, 2009)

Os recursos federais gastos pelo Ministério da Saúde em aids se destinam a infraestrutura, recursos humanos, pagamento dos serviços no âmbito hospitalar, ambulatorial e laboratorial, aquisição dos medicamentos antirretrovirais, aquisição e distribuição de insumos destinados às ações de prevenção (preservativos masculinos, femininos, gel lubrificante), campanhas publicitárias de massa de abrangência nacional e fomento às diversas linhas de estudos e pesquisas. Além disso, recursos federais são descentralizados para as secretarias de saúde estaduais e dos municípios prioritários para o controle do HIV/aids e outras DST. Esses recursos visam ao fortalecimento da descentralização da resposta nesses locais, financiando diversas ações da rede pública e ações realizadas por organizações da sociedade civil.

Os primeiros trabalhos que contabilizaram os gastos em aids realizados pelo Brasil<sup>5</sup> foram realizados em 1997 e contaram com a cooperação do SIDALAC (Iniciativa Regional sobre Aids para América Latina e Caribe), por meio da *Fundación Mexicana de Salud*. O país deu continuidade aos esforços, promovendo a análise dos gastos em estudos bienais, contando com a parceria entre colaboradores ad hoc e técnicos do Ministério da Saúde.

O último levantamento foi realizado em 2007, relacionado aos gastos de 2006. Esse levantamento buscou uma classificação de acordo com a metodologia MEGAS e a Matriz de Financiamento Nacional proposto pelo UNAIDS para UNGASS.

Importante destacar que houve significativas mudanças metodológicas para a realização desses estudos ao longo dos anos, acarretando dificuldades na comparabilidade com os gastos em uma série histórica e com os demais países.

### Análise dos gastos de 2007 e 2008

Segundo o levantamento realizado, os gastos totais em aids mantiveram-se estáveis em relação ao levantamento anterior<sup>6</sup>, totalizando R\$ 1,14 bilhão e R\$ 1,40 bilhão em 2007 e 2008, respectivamente. Os gastos com recursos públicos representaram em 99,5% e 96,4% do total de cada ano. Conforme a metodologia anteriormente descrita, estão incluídos somente os recursos de 24 secretarias estaduais de saúde utilizados na aquisição de medicamentos para IO. Esses gastos atingiram R\$ 10 milhões em 2007 e R\$ 12,8 milhões em 2008.

Os gastos de fontes internacionais em 2007 atingiram R\$ 5,55 milhões (0,49% do total). Em 2008 esses gastos atingiram R\$ 11,44 milhões, ampliando para 1,01% sua participação nos recursos gastos no país. Apesar desse aumento, a participação internacional mantém-se em patamares baixos, demonstrando a sustentabilidade da

<sup>5</sup> Os primeiros trabalhos foram: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA, Estimación de Flujos de Financiamento y Gasto en VIH/SIDA – Brasil: Cuentas en Sida, 1997-1998, Fundación Mexicana de Salud, 2000 e Sistemas de Información de Respuestas Nacionales Contra el SIDA: flujos de financiación y gasto en VIH/SIDA, Cuentas Nacionales en SIDA, Brasil: 1999 e 2000, Fundación Mexicana de Salud, 2002.

<sup>6</sup> Brasil, Ministério da Saúde, Ibd.

resposta brasileira em HIV e aids com recursos nacionais. Entretanto, é importante destacar que, apesar da baixa participação de recursos internacionais, estes são importantes para o financiamento de ações, principalmente em cooperação técnica para fomentar a atuação junto às populações mais vulneráveis, aprimoramento de estratégias de intervenções no campo da prevenção e fortalecimento da gestão do programa brasileiro.

Os gastos em prevenção atingiram em 2007 um total de R\$ 160,77 milhões e R\$ 75,93 milhões em 2008, representando respectivamente 14,7% e 6,7 % dos gastos totais. As categorias com maiores gastos em 2007 foram as relacionadas ao preservativo (43%) e comunicação (19%); já em 2008 foram as de comunicação (40%) e testagem voluntária (20%) as com maiores gastos.

É importante salientar que as ações de prevenção são realizadas e custeadas principalmente pelos municípios e, portanto, tais gastos não estão contabilizados neste levantamento.

Em 2007 houve importante aumento percentual dos gastos de prevenção em relação aos gastos totais, decorrente principalmente da ampliação da aquisição de preservativos masculinos. Em virtude da aquisição de preservativos de 2008 ter sido concretizada somente em 2009, esse percentual retornou aos patamares de 2006 (6%). A partir de 2009, com a concretização dessas aquisições, os gastos em prevenção tornaram a se elevar.

Com a realização dos processos anuais para aquisição de 1 bilhão de unidades de preservativos masculinos, o Brasil tornou-se um dos maiores compradores mundiais. Além desse insumo, são adquiridos preservativos femininos e gel lubrificante.

Os gastos na área de atenção à saúde em aids atingiram em 2007 e 2008, um total de R\$ 860,12 milhões e R\$ 951,7 milhões, respectivamente. Esse grupo representa a maior parte dos gastos nacionais em aids (76% e 84%), decorrente principalmente da aquisição de antirretrovirais (cerca de 82% dessa categoria); outras categorias importantes são a testagem em serviço (6%) e o monitoramento laboratorial (4% e 6%). Os gastos com internação hospitalar e atendimento ambulatorial mantiveram-se em percentuais semelhantes aos anos anteriores (cerca de 2,5%). Os gastos para aquisição de medicamentos para tratamento de IO, realizados pelas secretarias estaduais de saúde, representaram 1,2% e 1,3%, em cada ano, dos valores totais dessa categoria.

Importante destacar que os gastos com aquisição e distribuição dos antirretrovirais, um dos pilares da política de aids do Brasil, tem-se reduzido significativamente nos últimos anos. Isso significa que, a despeito do aumento anual do número de pacientes com HIV/aids que necessitam desses medicamentos, o gasto médio por paciente não teve aumento significativo, levando a uma gradual redução da proporção dos gastos em relação ao orçamento total do Ministério da Saúde e em relação ao Produto Interno Bruto do país (PIB), conforme mostra a tabela abaixo:

**Tabela 3:** Gasto Médio de ARV por Paciente e Proporção em Relação ao PIB e Orçamento do Ministério da Saúde, de 2003 a 2009

Ano	Nº Pacientes	Gasto US\$ ARV/ Paciente/Ano	% Gastos ARV/PIB	% Gastos ARV/ Orçamento MS
2003	139.868	1.377,62	0,038	1,92
2004	156.670	1.554,84	0,033	1,73
2005	164.547	1.750,79	0,031	1,63
2006	174.270	1.830,35	0,027	1,47
2007	180.640	1.767,75	0,025	1,30
2008	191.244	1.566,49	0,019	1,08
2009*	197.000	1.435,00	0,020	1,03

(\*) Dados preliminares, sujeitos a alteração

Fonte: Ministério da Saúde, 2009

Com as sucessivas negociações e medidas como o licenciamento compulsório do efavirenz em 2007, o país vem mantendo a sustentabilidade do acesso universal à terapia antirretroviral. De acordo com estudo feito pelo Ministério da Saúde, o gasto médio anual dos pacientes com aids caiu cerca de 25% entre 2003 e 2009. Em 2003, os gastos do governo brasileiro com medicamentos representavam 0,038% do PIB, enquanto que em 2009 passaram para 0,020%. Estima-se que essa redução impactará em cerca de R\$ 118 milhões a aquisição desses medicamentos em 2010.

Essa economia não compromete a qualidade do tratamento ofertado. Uma avaliação realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre as Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV (documento técnico elaborado pelo Ministério da Saúde) considerou-a alinhada com as recomendações internacionais vigentes nos seus aspectos técnicos, inclusive na incorporação de novas drogas, possibilitando manter os pacientes mais antigos em tratamento e incluir 25 mil novos a cada ano. Atualmente, são adquiridas 19 drogas em 32 apresentações, das quais 13 são produzidas nacionalmente e 19 importadas, para mais de 190 mil pacientes em tratamento.

Os gastos relacionados ao fortalecimento da gestão, incentivos aos recursos humanos, estudos e pesquisas representaram 5,88% e 5,31% do total de gastos em 2007 e 2008, respectivamente, principalmente relacionados aos gastos com gestão, planejamento, sistemas e supervisão aos estados e municípios. Destacam-se os gastos relacionados à capacitação de recursos humanos, fundamentais para o processo de fortalecimento da gestão descentralizada em todas as regiões do país, que representaram quase 26% do total nessas categorias, em cada ano. Em relação aos estudos e pesquisas, que representam 11,7% do total gasto nessas categorias, é importante destacar que são financiados não só com os recursos incluídos nesse levantamento, contando com outras fontes públicas e internacionais.

Os gastos relacionados às categorias de proteção social, órfãos, outras crianças vulneráveis e desenvolvimento da comunidade, representaram 3,55% e 3,95% do total de

gastos levantados de cada ano, destacando-se os gastos com os benefícios previdenciários (pagamentos de auxílio doença previdenciário, aposentadoria por invalidez e amparo social para pessoa portadora de deficiência) que representaram 64,5% e 55% dos gastos nessa categoria, em 2007 e 2008, respectivamente. Importante salientar que os gastos públicos com órfãos - que, de acordo com os parâmetros e critérios nacionais, não apresentam impacto social significativo na epidemia no país - não estão incluídos neste levantamento, em virtude de não haver fontes com capacidade de desagregação no âmbito dos órgãos públicos de assistência social. A mesma dificuldade ocorre ao se consolidarem os gastos previdenciários, uma vez que nem todos os benefícios são concedidos pelo registro no código “aids” e sim em outros agravos, o que impede um levantamento mais preciso.

### Considerações finais

Devido às dificuldades encontradas em alguns processos de classificação, deve-se considerar que pode haver distorções em algumas categorias. Como exemplo, pode-se citar que alguns valores de estudos e pesquisas podem estar localizados em outras categorias (prevenção, atenção ou mesmo gestão), assim como valores relacionados às ações de prevenção (principalmente junto às populações vulneráveis) podem estar junto ao desenvolvimento da comunidade.

Além disso, a ausência de informação em diversas atividades não significa necessariamente que não houve gasto, mas sim que não foi possível acessar as fontes que forneceriam esses dados.

A realização deste levantamento permitiu iniciar um processo mais detalhado sobre a origem e a destinação dos recursos gastos com aids no Brasil. Por outro lado, a impossibilidade de levantar a totalidade dos gastos nas esferas estaduais e municipais (que já atingem a metade dos gastos totais em saúde no país), demonstra a necessidade de adequar a metodologia às características nacionais. Além disso, devem ser considerados os gastos do setor privado que ainda requerem aprimoramento dos processos de coleta de informações nas diversas fontes e sistemas de informação. O curto prazo entre o início e apresentação dos resultados contribuiu para as decisões de reduzir o período a ser investigado, as categorias e as fontes nacionais de financiamento. Por fim, a utilização dessa metodologia deverá buscar uma adequação aos processos anteriores de levantamento de gastos, a fim de se manter um grau de comparabilidade com os anos anteriores e permitir análises de séries históricas referentes a esses dados.

Os valores obtidos no presente levantamento, a despeito de não reunirem a totalidade dos gastos públicos e privados gastos no Brasil, expressa, em seu volume significativo de recursos, o grau de comprometimento na construção da resposta nacional ao HIV/aids, efetivamente constituída como uma das mais eficientes políticas de saúde implantadas no país.

Matriz de Financiamento Nacional  
 Categorias de gasto relativo à aids por fonte de financiamento

ANO: 2007	Fontes de financiamento									
	TOTAL (moeda local)	Públicas (subtotal)			Fontes públicas				Fontes internacionais	
ANO Civil	TOTAL (moeda local)	Nacionais	Subnacionais	Bancos de desenvolvimento (reembolsáveis)	Todas as outras públicas	Internacionais (subtotal)	Bilaterais	Fundo Mundial	Banco de Desenvolvimento (não reembolsável)	Todas as outras internacionais
Taxa de câmbio: 1,96 (US\$, 2007)	1.127.271.494	1.084.654.372	10.048.773		27.017.463	5.550.887	760.194	4.301.068		489.625
Categorias de gasto relativo à aids										
TOTAL (moeda local)	1.127.271.494	1.121.720.607								
1. Prevenção (subtotal)	160.772.680	158.895.183			1.200.000	1.877.497		1.754.897		122.600
1.01 Comunicação	29.834.802	29.676.364				158.438		158.438		
1.02. Mobilização da comunidade	10.324.440	10.229.628				94.812		94.812		
1.03. Aconselhamento e testagem voluntária	17.436.693	17.436.693								
1.04. Redução de risco em populações vulneráveis e acessíveis	8.189.819	7.692.473				497.346		497.346		
1.05. Jovens escolarizados	2.494.672	1.970.318			1.200.000	524.354		524.354		
1.06. Jovens não escolarizados	936.957	936.957								
1.07. Programas de prevenção para PVHA	1.422.791	1.422.791								
1.08. Programas para profissionais do sexo e seus clientes										
1.09. Programas para HSH										
1.10. Programas de redução de danos para UDI	43.683					43.683		43.683		
1.11. Atividades no ambiente de trabalho										
1.12. Marketing social de preservativos										
1.13. Distribuição de preservativo masculino nos setores públicos e comerciais **	67.991.988	67.987.138				4.850				4.850
1.14. Distribuição de preservativo feminino nos setores públicos e privados	6.321.585	6.321.585								







4.08 Tecnologia da informação	339.660	339.660	339.660																					
4.09 Localização de pacientes																								
4.10 Construção de serviços de saúde	286.811	286.811	286.811																					
4.11 Testagem obrigatória para o HIV																								
4.98 Fortalecimento da gestão e administração dos programas/sem desagregação	1.041.937	1.004.495	1.004.495					37.442																37.442
4.99 Fortalecimento da gestão e administração dos programas/outra classificação	7.747.997	7.322.249	7.322.249					425.748																
5. Incentivos aos recursos humanos	16.851.202	16.691.809	16.691.809					159.393																159.393
5.01 Incentivo monetário a recursos humanos	159.393							159.393																159.393
5.02 Capacitação e fortalecimento das equipes de trabalho em aids	16.691.809	16.691.809	16.691.809																					
5.03 Treinamento																								
5.98 Incentivos aos recursos humanos/sem desagregação																								
5.99 Incentivos aos recursos humanos /outra classificação																								
6. Proteção social e serviços sociais (exceto órfãos e crianças vulneráveis)	25.817.463	25.817.463	25.817.463					25.817.463																
6.01 Benefícios monetários	25.817.463	25.817.463	25.817.463					25.817.463																
6.02 Benefícios em espécie																								
6.03 Serviços sociais																								
6.04 Projetos específicos em HIV para geração de renda																								
6.98 Serviços de proteção social/sem desagregação																								
6.99 Serviços de proteção social/sem classificação																								

7. Entorno favorável e desenvolvimento da comunidade (subtotal)	14.164.775	13.846.680	13.846.680				318.095	318.095
7.01 Advocacy e comunicação estratégica	2.331.168	2.123.962	2.123.962				207.206	207.206
7.02 Direitos humanos	982.572	982.572	982.572					
7.03 Desenvolvimento institucional específico em aids	10.663.024	10.663.024	10.663.024					
7.04 Programas específicos para aids com a participação de mulheres	110.889						110.889	110.889
7.05 Programas para reduzir violência com base em gênero								
7.98 Programas de Desenvolvimento comunitário sem desagregação por tipo								
7.99 Programas de Desenvolvimento comunitário/outra classificação	77.122	77.122	77.122					
8. Estudos	10.847.821	10.787.868	10.787.868				59.953	59.953
8.01 Pesquisa biomédica								
8.02 Pesquisa clínica	1.663.425	1.663.425	1.663.425					
8.03 Pesquisa epidemiológica	2.367.857	2.367.857	2.367.857					
8.04 Pesquisa de ciências sociais	59.953						59.953	59.953
8.05. Pesquisa relacionada a vacinas	4.012.786	4.012.786	4.012.786					
8.98 Pesquisas/sem desagregação	1.305.613	1.305.613	1.305.613					
8.99 Pesquisa/outra classificação	1.438.187	1.438.187	1.438.187					

(\*) A ausência de valores em determinadas categorias NÃO SIGNIFICA que não houve gastos, mas que não foi possível coletar os dados

(\*\*) A aquisição de preservativos masculinos de 2008 foi finalizada no ano de 2009.

Matriz de Financiamento Nacional  
 Categorias de gasto relativo à aids por fonte de financiamento

ANO: 2008	Fontes de financiamento											
	Públicas			Internacionais			Internacionais					
Taxa média anual de câmbio: R\$ 1,83 (2008)	TOTAL (moeda local)	Públicas (subtotal)	Nacionais	Subnacionais	Bancos de desenvolvimento (reembolsáveis)	Todas as outras públicas	Internacionais (subtotal)	Bilaterais	Órgãos das Nações Unidas	Fundo Mundial	Banco de Desenvolvimento (não reembolsável)	Todas as outras internacionais
Categorias de gasto relativo à aids	1.140.334.333	1.128.891.440	1.091.349.174	12.757.466	24.784.800	11.442.893	985.483	5.609.216				4.848.194
TOTAL (moeda local)												
1. Prevenção (subtotal)	76.419.285	73.846.026	73.846.026			2.573.259	49.750	2.451.315				72.194
1.01 Comunicação	29.720.864	29.553.118	29.553.118			167.746		167.746				
1.02. Mobilização da comunidade	10.092.046	9.892.187	9.892.187			199.859		199.859				
1.03. Aconselhamento e testagem voluntária	14.579.160	14.579.160	14.579.160									
1.04. Programas para populações vulneráveis e específicas	4.728.571	4.445.772	4.445.772			282.799		282.799				
1.05. Jovens escolarizados	1.763.579	539.671	539.671			1.223.908		1.223.908				
1.06. Jovens não escolarizados	25.108					25.108		25.108				
1.07. Programas de prevenção para PVHA												
1.08. Programas para profissionais do sexo e seus clientes	35.820					35.820		35.820				
1.09. Programas para HSH	99.500					99.500		99.500				
1.10. Programas de redução de danos para UDI	47.760					47.760		47.760				47.760
1.11. Atividades no ambiente de trabalho	127.378					127.378		127.378				
1.12. Marketing social de preservativos												
1.13. Distribuição de preservativo masculino nos setores públicos e comerciais **	167.497	167.497	167.497									
1.14. Distribuição de preservativo feminino nos setores públicos e privados												
1.15. Microbicidas												

1.16 Prevenção, diagnóstico e tratamento das DST	4.418.474	4.413.351	4.413.351						5.123				
1.17 Prevenção da transmissão vertical do HIV	6.952.792	6.618.968	6.618.968						284.074	49.750			
1.18 Circuncisão masculina													
1.19 Segurança do sangue	1.080.340	1.080.340	1.080.340										
1.20 Injeções médicas seguras													
1.21 Precauções universais													
1.22 Profilaxia pós-exposição													
1.98 Atividades de prevenção sem desagregação por intervenção	2.580.395	2.555.961	2.555.961										24.434
1.99 Atividades de prevenção/outra classificação													
2. Atenção e tratamento	956.379.023	951.702.523	938.945.056	12.757.466					4.676.500				4.676.500
2.01 Atenção ambulatorial													
2.01.01 Oferta de testagem e aconselhamento	56.214.564	56.214.564	56.214.564										
2.01.02 Profilaxia e tratamento das infecções oportunistas (IO)													
2.01.03 Terapia antirretroviral	782.798.604	782.798.604	782.798.604										
2.01.04 Apoio nutricional													
2.01.05 Monitoramento de laboratório	53.984.417	53.984.417	53.984.417										
2.01.06 Atenção odontológica													
2.01.07 Serviços de tratamento e apoio psicológico													
2.01.08 Cuidados paliativos													
2.01.09 Atenção domiciliar													
2.01.10 Medicina tradicional e atenção e tratamento informais													
2.01.98 Serviços de atenção ambulatorial não desagregados por intervenção	23.857.404	23.857.404	23.857.404										4.676.500

2.01.99 Serviços de atenção ambulatorial/outra classificação																			
2.02 Atenção hospitalar																			
2.02.01 Tratamento de infecções oportunistas (IO)	12.757.466	12.757.466	12.757.466																
2.02.02 Cuidados paliativos																			
2.02.98 Serviços de atenção hospitalar não desagregados por intervenção	22.090.067	22.090.067	22.090.067																
2.02.99 Serviços de atenção hospitalar/outra classificação																			
3. Órfãos e crianças vulneráveis																			
3.01 Educação																			
3.02 Atenção básica																			
3.03. Apoio família/casa																			
3.04. Apoio à comunidade																			
3.05 Serviços sociais e administrativos																			
3.06 Apoio Institucional																			
3.98 Serviços/sem desagregação																			
3.99 Serviços/outra classificação																			
4. Fortalecimento da gestão e administração dos programas	42.907.394	40.066.595	40.066.595					2.840.799		935.733		1.905.066							
4.01 Planejamento, coordenação e gestão de programas	9.893.444	9.893.444	9.893.444					1.201.692				1.201.692							
4.02 Administração e transações associadas à gestão e ao desembolso de recursos financeiros	20.093.830	20.093.830	20.093.830					78.553		78.553									
4.03.Monitoramento e Avaliação	3.346.132	3.346.132	3.346.132					906.930		857.180		49.750							
4.04 Pesquisa operacional								1.570				1.570							
4.05 Sorovigilância	248.133	248.133	248.133																
4.06 Vigilância de fármaco-resistência do HIV																			
4.07 Sistemas de dispensação farmacêutica		4.329.940	4.329.940																

4.08 Tecnologia da informação	1.166.847	1.166.847	1.166.847							
4.09 Localização de pacientes										
4.10 Construção de serviços de saúde										
4.11 Testagem obrigatória para o HIV										
4.98 Fortalecimento da gestão e administração dos programas/sem desagregação										
4.99 Fortalecimento da gestão e administração dos programas/outra classificação	988.269	988.269	988.269					652.054		
5. Incentivos aos recursos humanos	15.655.902	15.556.402	15.556.402							99.500
5.01 Incentivo monetário a recursos humanos	99.500									99.500
5.02 Capacitação e fortalecimento das equipes de trabalho em aids	15.556.402	15.556.402	15.556.402							
5.03 Treinamento										
5.98 Incentivos aos recursos humanos/sem desagregação										
5.99 Incentivos aos recursos humanos /outra classificação										
6. Proteção social e serviços sociais (exceto órfãos e crianças vulneráveis)	24.784.800	24.784.800								
6.01 Benefícios monetários	24.784.800	24.784.800					24.784.800			
6.02 Benefícios em espécie										
6.03 Serviços sociais										
6.04 Outras/sem classificação										
6.98 Serviços de proteção social/sem desagregação										
6.99 Serviços de proteção social/sem classificação										
7. Entorno favorável e desenvolvimento da comunidade (subtotal)	20.220.329	19.012.790	19.012.790						1.207.539	
7.01 Advocacy e comunicação estratégica	10.284.018	10.284.018	10.284.018						61.920	

	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140	1.978.140
7.02 Direitos humanos	1.978.140														
7.03 Desenvolvimento institucional específico em aids	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631	6.750.631
7.04 Programas específicos para aids com a participação de mulheres															
7.05 Programas para reduzir violência com base em gênero															
7.98 Programas de Desenvolvimento comunitário sem desagregação por tipo															
7.99 Programas de Desenvolvimento comunitário/outra classificação															
8. Estudos	3.967.601	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305	3.922.305
8.01 Pesquisa biomédica															
8.02 Pesquisa clínica															
8.03 Pesquisa epidemiológica	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742	232.742
8.04 Pesquisa de ciências sociais															
8.05 Pesquisa relacionada a vacinas															
8.98 Pesquisas sem desagregação	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865	1.181.865
8.99 Pesquisa/outra classificação	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699	2.507.699

(\*) A ausência de valores em determinadas categorias NÃO SIGNIFICA que não houve gastos, mas que não foi possível coletar os dados.

(\*\*) A aquisição de preservativos masculinos de 2008 foi finalizada no ano de 2009.

*ANEXO 2*

*INDICADOR 2:*

# **Índice Composto da Política Nacional (ICPN)**

*PARTE A [destinada aos agentes  
governamentais]*

*PARTE B [Destinada aos representantes de  
organizações não-governamentais, agências  
bilaterais e órgãos das Nações Unidas]*







## PARTE A

### [destinada aos agentes governamentais]

Para o preenchimento da Parte A do ICPN, foram recebidas contribuições de representantes de estados e municípios que coordenam a política de DST/aids no âmbito local. A versão final foi debatida e validada no âmbito da Comissão de Gestão das Ações em DST e Aids – COGE, que possui representantes dos programas estaduais e municipais de aids.

### Representantes de instituições que contribuíram para o preenchimento do ICPN – Parte A.

Organização	Nome/Cargo	Entrevistados da Parte A [indique as seções sobre as quais cada qual foi entrevistado]				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais – Ministério da Saúde	Eduardo Barbosa, Diretor Adjunto; Ângela Pires Pinto, Assessora Técnica; Sérgio D'Ávila, Responsável pela Assessoria de Planejamento; Ana Roberta Pascom, Responsável pela Assessoria de Monitoramento e Avaliação; Gerson Fernando, Responsável pela Unidade de Informação e Vigilância; Rogério Scapini, Responsável pela Unidade de Logística	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Maria Clara Gianna, Secretária Executiva da COGE, Coordenadora do Programa de DST/Aids do Estado de São Paulo	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Jacqueline Voltolini de Oliveira, Boa Vista/RR	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Maria Auxiliadora da Paixão Aire, Gurupi/TO	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	José Eudes Barroso Vieira, Aracaju/SE	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Marlene Lopes Plaster, Cuiabá/MT	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Neusa Maria Pereira, Ponta Porã/MS	X	X	X	X	X

## Metas UNGASS • Resposta Brasileira 2008-2009

Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Mariuva Valentin Chaves, Rondonópolis/MT	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Maria da Consolação Lavagnoli, Colatina/ES	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Zenaide Cadette dos Santos Dutra, Belford Roxo/RJ	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Josana Aparecida Dranka Horvath, Cascavel/PR	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Francisco Carlos dos Santos, Curitiba/PR	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Maricélia Moraes Macedo, Salvador/BA	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Marta Evelyn, Maringá/PR	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Vilma Cervantes, São Paulo/SP	X	X	X	X	X
Comissão de Gestão (COGE), Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde	Sandra Catarina Rolim Gomes, Tramandaí/RS	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica da Região de Registro/SP	Maria Cecília Rossi de Almeida	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica da Região de Campinas/SP	Márcia Regina Pácola	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica da Região de Araraquara/SP	Marco Antonio	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica da Região de São José do Rio Preto/SP	Zumira da Rocha Meireles	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica da Região de Diadema/SP	Tania da Costa	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Taboão da Serra/SP	Iris Bandeira Roquim	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Itaquaquecetuba/SP	Lucille Mary Loureiro Soares	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Cajamar/SP	Marta Possani	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de São Paulo/SP	Maria Cristina Abbate	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Caraguatatuba/SP	Aurélio Candido do Nascimento Filho	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Praia Grande/SP	Dorian Rojas	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Registro/SP	Aparecida Perin de Oliveira	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Jacareí/SP	Marisa de Carvalho Braga	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Taubaté/SP	Renata F. de Oliveira	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Piracicaba/SP	Moisés Francisco Baldo Taglietta	X	X	X	X	X

Grupo de vigilância epidemiológica de Campinas/SP	Maria Cristina Feijó Januzzi Ilário	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Itu/SP	André Navarro	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Itapeva/SP	Rosani Aparecida de Pontes	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Mogi-Mirim/SP	Bárbara Fernanda de Freitas	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Bragança/SP	Tânia Maria Guelpa Clemente	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Sertãozinho/SP	Renata Abduch	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de São Joaquim da Barra/SP	Márcia Valéria Coelho	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Olímpia/SP	Marli Maria M. Belucci dos Santos	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Araraquara/SP	Sonia Maria Molan Gaban	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Paraguaçu-Paulista	Sonia Maria Coppio Siqueira	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Araçatuba/SP	Sandra Margareth Exaltação	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Votuporanga/SP	Léa Cristina Bagnola Macedo	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Marília/SP	Helena Regina Guelpa Q. Schwitzky	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Bauru/SP	Eliane Regina Catalano Monteiro	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Laranjal Paulista/SP	Joelma Alexandra R. de Medeiros	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Jales/SP	Ana Cláudia Lisboa Campaneri	X	X	X	X	X
Grupo de vigilância epidemiológica de Presidente Epitácio/SP	Claudia de Melo	X	X	X	X	X

## I. PLANO ESTRATÉGICO

1. O Brasil já desenvolveu uma estratégia multissetorial para responder ao HIV?  
(As estratégias multissetoriais devem incluir aquelas desenvolvidas pelos Ministérios, como as listadas no item 1.2, sem porém ser restritas às mesmas)

Sim

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

**SE SIM**, responda às perguntas 1.1 a 1.10; caso contrário, vá para a pergunta 2.

1.1 Por quanto tempo o Brasil possui uma estratégia multissetorial?

Número de anos: 23 anos.

1.2 Quais setores foram incluídos nessa estratégia multissetorial? Eles têm um orçamento específico para atividades relativas ao HIV?

Setores	Incluídos na estratégia	Orçamento específico
Saúde	Sim	Sim
Educação	Sim	Sim
Trabalho	Sim	Sim
Transportes	Sim	Sim
Militares/Polícia	Sim	Não **
Mulheres	Sim	Sim
Jovens	Sim	Sim
* Outros = Secretarias de Administração Penitenciária	Sim	Sim
Secretaria Especial de Direitos Humanos	Sim	Não **
Secretarias de Assistência e Desenvolvimento Social	Sim	Não **
Secretarias da Justiça	Sim	Não **
Secretarias de Ciência e Tecnologia	Sim	Não **
Secretarias de Esporte e Turismo	Sim	Não **
Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres	Sim	Não **
Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Drogas (SENAD)	Sim	Não **

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

**Se NÃO há orçamento específico para alguns ou todos os setores acima, explique** quais recursos são utilizados para garantir a implementação das atividades específicas desses setores relativas ao HIV.

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

### 1.3 A estratégia multissetorial abrange as seguintes populações-alvo, áreas e temas transversais?

Populações-alvo	
a. Mulheres e meninas	a. Sim
b. Jovens (de ambos os sexos)	b. Sim
c. Usuários de drogas injetáveis	c. Sim
d. Gays, outros homens que fazem sexo com homens e travestis	d. Sim
e. Profissionais do sexo	e. Sim
f. Órfãos e outras crianças vulneráveis	f. Sim
g. Outras subpopulações vulneráveis específicas*:	g. Sim
Migrantes, sem terra, transexuais, população privada de liberdade, maiores de 50 anos, população indígena, população negra, pessoas que vivem com HIV/aids, caminhoneiros, trabalhadores da indústria.	
Áreas	
h. Local de trabalho	h. Sim
i. Escolas	i. Sim
j. Prisões	j. Sim
Temas transversais	
k. HIV e pobreza	k. Sim
l. Defesa dos direitos humanos	l. Sim
m. Participação de pessoas vivendo com HIV	m. Sim
n. Redução do estigma e discriminação	n. Sim
o. Empoderamento e/ou igualdade de gênero	o. Sim

\* Outras subpopulações, além de usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo, que tenham sido identificadas localmente como estando sob maior risco de transmissão do HIV (por ex., clientes de profissionais do sexo, migrantes transfronteiras, trabalhadores migrantes, pessoas deslocadas no próprio país, refugiados, presidiários).

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

Sim

Se SIM, quando essa análise/avaliação foi efetuada?

Ano: 1983.

Desde o início da epidemia, as fichas de investigação epidemiológica trazem informações sobre sexo, local de residência, idade, grau de instrução e as categorias de exposição. No ano 2000 foi incluído o quesito raça/cor. Antes de 2000, as informações para população indígena constavam do boletim classificadas segundo etnia e terra indígena. Com a criação do subsistema de saúde indígena em 1989, o desenvolvimento de um sistema de informação específico para saúde indígena (SIASI) e as mudanças propostas para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os dados

sobre a epidemia neste segmento passaram a ser obtidos mediante o cruzamento das informações dos dois sistemas.

A análise desses dados tem mostrado as principais tendências e informado a definição de ações. Os espaços de gestão e de articulação intersetorial e com a sociedade civil, além de estudos e levantamentos populacionais, constituem outros mecanismos de avaliação de necessidades. Além disso, são realizados estudos desde a década de 90. Na época, dada a carência de estudos de base populacional, utilizavam-se as informações provenientes das Pesquisas de Demografia e Saúde, tendo sido a primeira realizada em 1986, seguida de estudos realizados em anos posteriores, 1989, 1992 e 1996. Atualmente, as seguintes pesquisas são consideradas referências para a elaboração de estratégias:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. PCAP - Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa entre Conscritos do Exército Brasileiro, 1996-2002: Retratos do comportamento de risco do jovem brasileiro à infecção pelo HIV. Brasília, 2006. 128 p. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação, nº 2.
- FRANÇA JR., I; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. Mudanças no acesso e uso de testes anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Artigo não publicado, submetido à Revista de Saúde Pública.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids. Brasília, 2000. Série Avaliação, nº 4.
- SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JR., P. R. B. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. Boletim Epidemiológico AIDS/DST, Brasília, Ano III, n. 01, p. 11-15, 2006.
- SZWARCOWALD, C. L.; CARVALHO, M. F. Estimativa do número de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV, Brasil, 2000. Boletim Epidemiológico AIDS/DST, Brasília, Ano XIV, nº 01, 2001.
- SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 135-141, 2000.
- SOUZA JR., P. R. B de; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JR., A. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: Estudo Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 764-772, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras. Brasília, 2003. 104 p. Il. cor. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação.

1.5 Quais são as populações-alvo identificadas para programas de HIV no Brasil?

Mulheres, jovens (de ambos os sexos), usuários de drogas injetáveis, gays, outros homens que fazem sexo com homens, travestis, profissionais do sexo, órfãos e outras crianças vulneráveis, migrantes, sem-terra, transexuais, população privada de liberdade, pessoas maiores de 50 anos, população indígena, população negra, pessoas com deficiência, pessoas que vivem com HIV/aids.

1.6 A estratégia multissetorial inclui um plano operacional?

Sim

1.7 A estratégia multissetorial ou plano operacional incluem:

a. Objetivos gerais formais para o programa?	Sim
b. Metas e/ou etapas claras?	Sim
c. Orçamento detalhado dos custos por área programática?	Sim
d. Identificação das fontes de financiamento para apoiar a implementação do programa?	Sim
e. Quadro de monitoramento e avaliação?	Sim

1.8 O Brasil assegurou “a plena participação e envolvimento” da sociedade civil no desenvolvimento da estratégia multissetorial?

Envolvimento ativo

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

As Organizações da Sociedade Civil são parceiras históricas do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, que, por isso, tem garantido sua plena participação e envolvimento para o combate à epidemia. Em 1986, o Ministério da Saúde instituiu a Comissão Nacional de DST e Aids (CNAIDS), com representações de organizações da sociedade civil, academia, gestores estaduais e municipais de saúde. Em outubro de 2009, a CNAIDS completou cem reuniões realizadas, todas elas no sentido de assessorar a elaboração e monitoramento de políticas públicas de enfrentamento da epidemia.

A participação da sociedade civil na elaboração de políticas públicas contribui para o exercício da cidadania e para o controle social. Essa expressão, que passa a ser utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), indica a necessidade de um controle do poder público por parte da sociedade, especialmente no âmbito local, na definição de metas, objetivos e planos de ação. É por isso que o Conselho Nacional de Saúde, instância do Ministério da Saúde que garante a participação de representações de usuários, trabalhadores da



saúde e prestadores de serviço, criou, em 2003, um subgrupo específico para o tema da aids, a Comissão de Acompanhamento das Políticas de DST e Aids (CAPDA). A Comissão reúne-se quatro vezes ao ano e colabora diretamente para a formulação e avaliação de estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

Há um forte estímulo à constituição de comissões estaduais e municipais de DST e aids nos 26 estados e Distrito Federal e nos 450 municípios que recebem, do Ministério da Saúde, recursos específicos para o enfrentamento da aids e que juntos abrangem 98% dos casos de aids no País. Na maioria dos espaços governamentais de construção de Políticas Públicas, como Comissões, Grupos de Trabalho, Câmaras Técnicas e Fóruns, é assegurado, formal ou informalmente, o espaço de representação das Organizações da Sociedade Civil. Também é realizado um estímulo à participação nos espaços de formulação, análise, planejamento, acompanhamento das ações, estratégias e planos construídos por meio de reuniões, encontros, seminários, grupos de trabalho, formação de comissões, entre outros.

Desde agosto de 2000 existe, na estrutura do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, uma divisão específica para o fomento da articulação com a sociedade civil e para a promoção de direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids e dos grupos mais vulneráveis. No âmbito dos estados e municípios, também existem pontos focais para a articulação com a sociedade civil.

O fortalecimento de ações das Organizações da Sociedade Civil é uma das prioridades do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, e inclui, além do apoio técnico (assessoria e realização de cursos/seminários), o financiamento de projetos. Também no âmbito dos estados e municípios existe uma linha de financiamento sistemática e específica para ações desenvolvidas por essas organizações, garantida pela legislação.

Esse modelo é uma singularidade do Departamento e tem garantido a implementação do art. 196 da Constituição Federal, que institui a saúde como direito de todos e dever do Estado.

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

**Sim**

1.10 Os parceiros externos de desenvolvimento alinharam e harmonizaram seus programas de HIV à estratégia multissetorial nacional?

**Sim, todos os parceiros**

Em caso de ALGUNS ou NENHUM dos parceiros, explique brevemente as áreas em que não há alinhamento/harmonização e por quê:

Nos últimos anos, houve consenso com os parceiros externos que desenvolviam políticas divergentes das adotadas pelo governo brasileiro, no sentido de que haja observância às diretrizes brasileiras no apoio a ações no país.

2. O Brasil tem integrado a questão do HIV em seus planos de desenvolvimento geral, tais como: a) O Plano Nacional de Desenvolvimento, b) a Avaliação do Desenvolvimento Nacional (Common Country Assessments - CCA) e o Quadro das Nações Unidas de Assistência ao Desenvolvimento, c) as Estratégias para a Redução da Pobreza, d) A abordagem multissetorial (Sector-wide approach)?

Sim

- 2.1 SE SIM, em qual/quais plano(s) específico(s) de desenvolvimento o apoio político para a questão do HIV está integrado?

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

- 2.2 SE SIM, quais das áreas específicas relacionadas ao HIV abaixo estão incluídas em um ou mais desses planos de desenvolvimento?

Áreas relacionadas ao HIV incluídas no(s) plano(s) de desenvolvimento	
Prevenção ao HIV	Sim
Tratamento de infecções oportunistas	Sim
Tratamento antirretroviral	Sim
Atenção e apoio (incluindo seguridade social e outros mecanismos)	Sim
Redução do impacto do HIV	Sim
Redução das desigualdades de <u>gênero</u> em relação à prevenção/tratamento e atenção/apoio em HIV	Sim
Redução das desigualdades de <u>renda</u> em relação à prevenção/tratamento e atenção/apoio em HIV	Sim
Redução do estigma e da discriminação	Sim
Empoderamento econômico das mulheres (p. ex., acesso ao crédito, à terra, capacitação)	Sim

3. O Brasil avaliou o impacto do HIV sobre o desenvolvimento sócioeconômico, para fins de planejamento?

Sim

3.1 SE SIM, em que medida a avaliação foi utilizada para fundamentar as decisões sobre alocação de recursos?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

4. O Brasil tem uma estratégia para abordar as questões do HIV dentro dos serviços nacionais uniformizados (p. ex., militares, policiais, interventores, segurança prisional, etc.)?

Sim

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

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

Caso a testagem e o aconselhamento SEJAM DISPONIBILIZADOS para a população de serviços uniformizados, descreva brevemente qual é a abordagem utilizada (p. ex., indique se a testagem de HIV é voluntária, compulsória etc. para esses serviços):

A testagem é voluntária e gratuita no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo possível ser realizada anonimamente nos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA. Existe legislação específica que proíbe a testagem compulsória, bem como prevê o sigilo profissional. No caso da oferta para a população de serviços uniformizados, estão sendo realizados esforços para adequação das estratégias junto a esse público às diretrizes da Política Brasileira de Enfrentamento da Epidemia, de forma a garantir a voluntariedade na testagem, o sigilo e confidencialidade.

5. O Brasil tem legislação ou regulamentos antidiscriminatórios que estabeleçam proteção para as populações sob maior risco ou outras subpopulações vulneráveis?

Sim

## 5.1 SE SIM, quais subpopulações?

a. Mulheres	Sim
b. Jovens	Sim
c. Usuários de drogas injetáveis	Sim
d. Homens que fazem sexo com homens	Sim
e. Profissionais do sexo	Sim
f. Presidiários	Sim
g. Populações migrantes / móveis	Sim
h. Outras: população negra, pessoas que vivem com HIV/aids	Sim

SE SIM, explique brevemente quais mecanismos existem para garantir que essa legislação seja implementada:

As áreas e órgãos de governo, nas três esferas (federal, estadual e municipal), são orientados a planejar e implementar políticas públicas respeitando as necessidades de cada população. Também são implementadas ações afirmativas para promover os direitos de populações que, infelizmente, ainda são alvos de discriminação. No âmbito do Sistema Único de Saúde, os princípios da universalidade e da equidade, estabelecidos em lei e que orientam as ações, buscam promover o acesso à saúde para toda a população. Nesse sentido, foram construídas políticas de promoção da saúde para populações vulneráveis que são implementadas nos estados e municípios (Ex: Política Nacional de Saúde da População Negra, Política Nacional de Saúde da Mulher, Política Nacional de Saúde de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais, Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, dentre outras). Além disso, na Constituição Federal do Brasil são previstos mecanismos para zelar pela garantia dos direitos da população, como o direito de não ser discriminado, a partir de órgãos como o Ministério Público e a Defensoria Pública. Também foram criados Centros de Referência para Atendimento à Mulher, Centros de Referência de Combate à Homofobia, Conselhos dos Direitos da Mulher e Conselhos de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos com sedes nas capitais e em vários municípios do país. Esses órgãos recebem e encaminham denúncias, além de acolher e orientar vítimas de discriminação. No enfrentamento da epidemia de HIV/aids, o combate ao estigma e discriminação é uma das prioridades do Ministério da Saúde. Para isso, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais possui uma Divisão de Direitos Humanos que planeja, implementa ações e orienta os estados e municípios no combate ao estigma e discriminação. Para essas estratégias, a participação da sociedade civil organizada tem sido fundamental. Um exemplo disso é a parceria entre o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e organizações da sociedade civil para a prestação de assessoria jurídica no combate à discriminação de pessoas vivendo com HIV/aids e outras populações vulneráveis.

Comente brevemente o atual nível de implementação dessa legislação:

Desde 1988, com a retomada de democracia no Brasil e com a nova Constituição Federal, o país afirma a igualdade de direitos, tendo sido implementadas diversas leis e

estratégias nesse âmbito. Há um forte esforço do governo e da sociedade civil organizada para informar a população sobre as leis antidiscriminatórias e implementá-las. Como resultado desses esforços, notam-se importantes avanços no combate ao racismo, à homofobia, ao machismo e outros tipos de discriminação.

No que diz respeito à discriminação em razão do HIV, observa-se que, apesar da existência de leis e mecanismos para o combate à discriminação, esta ainda é um importante obstáculo na vida das pessoas soropositivas. Um exemplo disso são os resultados de uma pesquisa nacional realizada com 8 mil entrevistados de todo o país, entre setembro e novembro de 2008 segundo a qual 13% das pessoas entrevistadas acreditam que uma professora portadora do vírus da aids não pode dar aulas em qualquer escola; 22,5% afirmam que não se pode comprar legumes e verduras em um local onde trabalha um portador do HIV; e 19% acreditam que, se um membro de uma família ficasse doente de aids, essa pessoa não deveria ser cuidada na casa da família.

Em 2007, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde disponibilizou um Banco de Dados de Denúncias de Violações de Direitos Humanos, onde se podem registrar casos de discriminação que ocorrem no país, somando atualmente 1.399 denúncias.

Os números indicam a constante presença de casos de discriminação, mas também que as vítimas estão mais dispostas a denunciar. Além disso, as campanhas têm provocado uma ampla discussão na sociedade, impulsionando a mudança de atitudes, comportamentos e práticas.

Nesse sentido, apesar das diversas estratégias desenvolvidas ao longo dos anos (campanhas, seminários, assessoria jurídica) e dos avanços identificados, o estigma e discriminação em razão do HIV permanecem como desafios constantes no enfrentamento da epidemia.

6. O Brasil tem legislação ou políticas que representem obstáculos à efetiva prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV para as populações sob maior risco ou outras subpopulações vulneráveis?

Não

7. O Brasil cumpriu os compromissos para o Acesso Universal estabelecidos durante o encontro de Alto Nível sobre Aids em junho de 2006?

Sim

- 7.1 O Plano Estratégico Nacional e o orçamento nacional para o HIV foram ajustados a esses compromissos?

Sim

- 7.2 As estimativas quanto ao tamanho das principais populações-alvo foram atualizadas?

Sim

7.3 Existem estimativas confiáveis das atuais e futuras necessidades quanto ao número de adultos e crianças precisando de tratamento antirretroviral?

Sim. Estimativas de necessidades atuais e futuras

7.4 A cobertura do programa de HIV está sendo monitorada?

Sim

(a) SE SIM, a cobertura é monitorada por sexo (masculino, feminino)?

Sim

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

Sim

SE SIM, quais grupos populacionais?

Mulheres, jovens, usuários de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas privadas de liberdade, populações migrantes/móveis.

Explique brevemente como essas informações são utilizadas:

As estimativas são feitas com base nas informações sobre cor, idade, sexo e categoria de exposição disponíveis na Ficha de Investigação Epidemiológica.

(c) A cobertura é monitorada por área geográfica?

Sim

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

Estadual e Municipal

Explique brevemente como essas informações são utilizadas:

As informações permitem controlar o fluxo de necessidades de medicamentos para compra e dispensação.

7.5 O Brasil desenvolveu um plano para fortalecer os sistemas de saúde, incluindo infraestrutura, recursos humanos e sistemas logísticos para o fornecimento de medicamentos?

Sim

Em geral, como você avaliaria o esforço dedicado ao planejamento estratégico nos programas de HIV em 2009?

2009	Ruim	Excelente
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

Desde 2007 foram elaborados Planos estratégicos para o enfrentamento da epidemia entre mulheres, gays, HSH e travestis, para a eliminação da sífilis congênita e para a ampliação do diagnóstico precoce. Para isso, houve grande envolvimento da sociedade civil e participação de diferentes áreas da saúde e de governo, nas três esferas (federal, estadual e municipal). Houve, ainda, um importante compromisso no estabelecimento de recursos financeiros (Recursos de incentivo) nos Planos de Ações e Metas Municipais para o desenvolvimento das atividades. Também merecem destaque: as atividades desenvolvidas na luta contra o estigma e a discriminação; a implementação do teste rápido em maior número de municípios, possibilitando a ampliação da oferta para o diagnóstico; a incorporação dos instrumentos de Monitoramento e Avaliação nos processos de trabalho; a implementação das estratégias para Redução da Transmissão Vertical; a atuação das Frentes Parlamentares Nacional e Estaduais em HIV/Aids.

Quais desafios permanecem nessa área?

Considerando o conceito ampliado de saúde e a importância de que o enfrentamento da epidemia atente para a integralidade da pessoa que vive com HIV, ainda permanecem como desafios o implemento de ações que considerem não apenas a integração das estratégias em HIV/aids com as várias áreas da saúde, mas também a multisetorialidade. Também continua como desafio a implementação da descentralização das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a realização de ações nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), além da manutenção do compromisso de executar integralmente os recursos financeiros previstos para o enfrentamento da epidemia.

## II. APOIO POLÍTICO

O forte apoio político inclui: a ação do governo e de líderes políticos que discursam com frequência sobre aids e presidem reuniões importantes sobre aids regularmente; a alocação de recursos orçamentários nacionais para apoiar os programas de HIV; e a utilização efetiva de organizações governamentais e da sociedade civil para proporcionar apoio aos programas de HIV.

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

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

2. O Brasil possui uma entidade nacional multissetorial de coordenação em HIV/aids oficialmente reconhecida (isto é, um Conselho Nacional de Aids ou equivalente)?

Não

**SE NÃO**, explique brevemente por que e como os programas de aids estão sendo gerenciados:

A Constituição Federal Brasileira estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (art. 196). Por isso, toda a política nacional de saúde no Brasil é liderada e coordenada pelo Ministério da Saúde, a quem cabe a efetivação das articulações multissetoriais de interesse da área.

No Ministério da Saúde, é o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (antes chamado Programa Nacional de DST e Aids) que coordena a política nacional de enfrentamento da epidemia. Como uma das características do Sistema Único de Saúde é a descentralização de ações (distribuição de responsabilidades entre as três esferas de governo), nos estados e municípios, existem Coordenações de DST e Aids vinculadas às Secretarias de Saúde, que coordenam a política de DST/aids no âmbito local.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais é responsável por estabelecer as diretrizes da política nacional de combate à aids, orientar estados e municípios para o planejamento e implementação de ações, financiar diretamente ações relacionadas à prevenção, diagnóstico e assistência em DST/aids, assim como promover e articular políticas intersetoriais de governo para a defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/aids e dos grupos mais vulneráveis. O Ministério da Saúde é o ministério com o maior orçamento dentro do governo federal.

O Ministério da Saúde mantém espaços de importante participação (controle social) como o Conselho Nacional de Saúde, que envolve representações de diversos setores da



sociedade, governamentais e não-governamentais, que apreciam e discutem a política de saúde do País, e mantém uma Comissão de Acompanhamento das Políticas de DST e Aids.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde também é assessorado pela Comissão Nacional de Aids (CNAIDS), que, como instância consultiva, reúne representações de organizações da sociedade civil, universidades, gestores estaduais e municipais de saúde e outros ministérios, como os da Educação, Defesa, Trabalho e Previdência Social.

3. O Brasil possui um mecanismo para promover a interação entre o governo, organizações da sociedade civil e o setor privado para a implementação de programas e estratégias em HIV?

Sim

**SE SIM**, quais são suas principais realizações?

A Comissão Nacional de DST e Aids (CNAIDS) é a instância consultiva do Ministério da Saúde na área de HIV/aids e tem como principal característica a pluralidade – reúne representantes de governo, sociedade civil e universidades. Foi criada oficialmente em 25 de abril de 1986, por meio da Portaria Ministerial nº 199. A somatória de forças – o governo como responsável pela política pública e a CNAIDS como instância consultiva e peso político – é uma das razões que fazem do Brasil uma referência na resposta à epidemia.

A Comissão é atualmente definida pela Portaria Ministerial nº 43, de 28 de setembro de 2005. Tem 41 assentos, sendo destinados a dois representantes do Ministério da Saúde, 10 de outros ministérios e secretarias do governo federal, sete de organizações não governamentais e redes de pessoas que vivem com HIV, além de três de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Há, ainda, sete vagas para representantes de universidades e institutos de pesquisa, nove para associações médicas e três para redes de trabalhadores e igrejas.

Entre os assuntos de destaque que foram pauta da Comissão estão o ingresso de soropositivos nas Forças Armadas e a luta contra as restrições à entrada de pessoas com HIV no país. Para a Comissão, era inadmissível que o diagnóstico positivo fosse utilizado como critério de exclusão no mercado de trabalho e de entrada no Brasil. O posicionamento contra a testagem compulsória foi, inclusive, objeto de moção de repúdio na 77ª reunião, em 2005. No âmbito da CNAIDS, no ano de 2006, foi instituída uma subcomissão para preparar o documento que subsidia as discussões sobre “Busca ativa”. Um ano e meio depois, o Ministério da Saúde regulamentou os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que buscam o serviço de saúde para realizar testes anti-HIV e não buscam o resultado e aos que não comparecem ao tratamento já em curso. Em 2007, a CNAIDS também contribuiu para a estratégia do licenciamento compulsório do efavirenz.

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde também possui outras instâncias consultivas. Dentre elas, destaquem-se a Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS), que reúne 20 representantes de diversos movimentos sociais e ONG das cinco regiões do país; a Comissão de Gestão (COGE), que agrega representantes dos gestores estaduais e municipais de DST/Aids; e o Conselho Empresarial Nacional de DST/Aids, que atualmente reúne 18 (dezoito) empresas de variados ramos da indústria e comércio.

Quais são seus principais desafios?

A CNAIDS possui como desafio constante o de conciliar as diferentes visões para contribuir na construção das estratégias de enfrentamento da epidemia.

4. Que porcentagem do orçamento nacional para o HIV/aids foi gasta em atividades implementadas pela sociedade civil no ano passado?

Para o nível estadual são repassados anualmente (fundo a fundo), pelo Governo Federal, aproximadamente 6 milhões de reais, representando 0,5% (2008) do orçamento nacional.

5. Que tipo de apoio o Programa/Comitê Nacional de Aids (ou equivalente) oferece a organizações da sociedade civil para a implementação de atividades relacionadas ao HIV?

Informações sobre necessidades prioritárias	Sim
Orientação técnica	Sim
Aquisição e distribuição de medicamentos/insumos	Sim
Coordenação com outros parceiros	Sim
Capacitação	Sim
Outro: financiamento de projetos	Sim
Apoio político para interlocução entre as organizações da sociedade civil e governos estaduais, municipais e parlamentares	Sim

6. O Brasil revisou as políticas e legislação nacionais para identificar quais delas são inconsistentes com a política nacional de controle da aids?

Sim

- 6.1 SE SIM, as políticas e legislação foram modificadas para adequarem-se à política nacional de controle da aids?

Sim

- 6.2 SE SIM, citar quais políticas e legislação foram modificadas, e como:

No período 2007-2009, o Ministério da Saúde elaborou e lançou políticas de saúde que incluem ações de combate às DST/aids. É o caso das Políticas de Saúde: 1) da População Negra, 2) da População Indígena, 3) do Homem, 4) da Mulher, 5) da

Pessoa com Deficiência. Também foram lançados, por iniciativa do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, em parceria com outros Ministérios, Planos estratégicos específicos para enfrentamento da epidemia junto a: 1) Mulheres e 2) Gays, travestis e outros homens que fazem sexo com homens.

Em 2009, foi lançado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, resultado dos esforços conjuntos do Governo Federal e da Sociedade Civil, elaborado por uma Comissão Técnica Interministerial formada por representantes de 18 Ministérios. O Plano contém 51 diretrizes e 180 ações, baseadas nas propostas da I Conferência Nacional LGBT, que serão implementadas pelo Poder Público para garantir a igualdade de direitos e exercício pleno da cidadania do segmento LGBT da população brasileira, incluindo o enfrentamento da epidemia de DST/aids.

Também em 2009 foi lançada a terceira versão do Programa Nacional de Direitos Humanos, que inclui compromissos de promoção do acesso à saúde e combate ao estigma e discriminação.

No âmbito da educação, o lançamento do Programa do Governo Federal “Pró-Jovem” possibilitou maior capacitação e informação a adolescentes e jovens, que também tiveram acesso ampliado aos Programas Saúde nas Escolas e Saúde e Prevenção nas Escolas.

Além disso, foram realizados esforços junto ao Congresso Nacional para impedir a aprovação de projetos de lei inconsistentes com a política nacional de luta contra a aids.

**Citar e descrever eventuais incompatibilidades que ainda existem entre políticas/legislação e as políticas nacionais de controle da aids:**

Alguns casos de criminalização em razão da transmissão do HIV, sem a intenção da transmissão, foram reportados. Entretanto, não existe lei específica no Brasil que criminalize a transmissão do HIV. Assim, o Judiciário brasileiro tem utilizado vários artigos do Código Penal Brasileiro, desde o crime de lesões corporais à tentativa de homicídio. Como resposta a essas iniciativas, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e a sociedade civil organizada têm realizado várias ações, inclusive de advocacy, junto ao judiciário. Em novembro de 2009, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais divulgou nota técnica que esclarece as formas de transmissão e onde se afirma que a criminalização constitui um obstáculo às ações de combate à aids.

Em geral, como você avaliaria o apoio político dado ao programa de HIV em 2009?

2009	Ruim	Excelente
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

1) A elaboração de planos estratégicos voltados para as populações mais vulneráveis e para a Eliminação da Sífilis Congênita; 2) a criação de uma Câmara Técnica para dispensação de medicamentos excepcionais passíveis de intervenção do Judiciário (mandados de segurança); 3) a quebra de patentes de medicamentos;

Quais desafios permanecem nessa área?

Melhorar a política de recursos humanos e implementar ações de prevenção que garantam o acesso das populações mais vulneráveis.

### III. PREVENÇÃO

1. O Brasil possui uma política ou uma estratégia que promova informação, educação e comunicação (IEC) em relação ao HIV junto à população geral?

Sim

- 1.1. **SE SIM**, que mensagens principais são explicitamente transmitidas?

- Assinale a mensagem explicitamente transmitida:

a. Abstinência sexual	
b. Adiamento da iniciação sexual	
c. Fidelidade	
d. Redução do número de parceiros sexuais	
e. Uso contínuo de preservativos	X
f. Fazer sexo mais seguro	X
g. Evitar sexo comercial	
h. Evitar o uso de drogas injetáveis	
i. Usar agulhas e seringas esterilizadas	X
j. Combater a violência contra as mulheres	X
k. Maior aceitação e envolvimento das pessoas vivendo com HIV	X
l. Maior envolvimento dos homens em programas de saúde reprodutiva	X
m. Circuncisão masculina sob supervisão médica	
n. Saber a própria condição sorológica	X
o. Prevenir a transmissão vertical do HIV	X
Outro: Combate às DST	X

- 1.2 No último ano, o país implementou uma ação ou programa para promover reportagens adequadas sobre HIV/aids pela mídia?

Sim

2. O Brasil possui uma política ou estratégia para os jovens que promova a educação reprodutiva e sexual relacionada ao HIV?

Sim

- 2.1 A educação sobre o HIV faz parte no currículo escolar:

Nas escolas primárias?		Não
Nas escolas secundárias?	Sim	
Na formação de professores?		Não

- 2.2 Essa estratégia/currículo oferece a mesma educação sobre reprodução e saúde sexual para jovens tanto do sexo masculino como do feminino?

Sim

2.3 O Brasil possui alguma estratégia de educação em HIV voltada para os jovens fora das escolas?

Sim

3. O Brasil tem uma política ou uma estratégia que promove informação, educação e comunicação em relação ao HIV e aids e outras intervenções preventivas em saúde junto às populações sob maior risco ou outras subpopulações vulneráveis?

Sim

3.1 SE SIM, que grupos populacionais e que aspectos da prevenção ao HIV são abordados por essa política/estratégia?

- Assinale quais políticas e aspectos específicos estão incluídos na política/estratégia:

	UDI	HSB	Profissionais do Sexo	Cientes de profissionais do sexo	Presidiários	Outros grupos populacionais - caminhoneiros, população indígena, população de rua, pessoas com deficiência, jovens, populações migrantes, pessoas vivendo com HIV/aids
Informação direcionada sobre a redução de risco e educação sobre o HIV	X	X	X		X	X
Redução do estigma e discriminação	X	X	X		X	X
Incentivo ao uso de preservativos	X	X	X	X	X	X
Testagem e aconselhamento em HIV	X	X	X	X	X	X
Saúde reprodutiva, incluindo prevenção e tratamento das DST	X	X	X	X	X	X
Redução das vulnerabilidades (por ex., geração de renda)	N/A	N/A	X	N/A	N/A	X
Tratamento de substituição de droga	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Programas de troca de seringas e agulhas	X	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Em geral, como você avaliaria o esforço em termos de políticas de apoio à prevenção do HIV em 2009?											
2009	Ruim					Excelente					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?											
Constituiu um grande avanço a construção de Planos de implementação de insumos.											
Quais desafios permanecem nessa área?											
Permanecem como desafios: a ampliação de ações nas escolas e presídios, de redução de danos e de “Prevenção Positiva”; a utilização de novas tecnologias de prevenção; e a promoção de ações.											

4. O Brasil identificou áreas específicas que precisam de programas de prevenção de HIV?

Sim

**SE SIM**, como foram determinadas essas áreas?

Foram determinadas a partir da análise dos dados epidemiológicos e sociodemográficos, além de informações de atores-chave e trabalhos de intervenção.

#### 4.1 Em que medida as ações de prevenção ao HIV foram implementadas?

Área de prevenção ao HIV	A maioria das pessoas que precisam desse item têm acesso a ele?	
Segurança do sangue	Concordo	
Precauções universais em ambientes de atenção à saúde	Concordo	
Prevenção da transmissão vertical do HIV	Concordo	
IEC* sobre redução de riscos	Concordo	
IEC* sobre redução do estigma e discriminação	Concordo	
Promoção do uso de preservativos	Concordo	
Testagem e aconselhamento em HIV		Discordo
Redução de danos para usuários de drogas injetáveis		Discordo
Redução de riscos para homens que fazem sexo com homens		Discordo
Redução de riscos para profissionais do sexo		Discordo
Serviços em saúde reprodutiva que incluem prevenção e tratamento das DST		Discordo
Educação sobre HIV para jovens nas escolas		Discordo
Prevenção do HIV para jovens fora das escolas		Discordo
Prevenção do HIV no local de trabalho		Discordo

\*IEC = informação, educação e comunicação.

Em geral, como você avaliaria o esforço direcionado para a implementação dos programas de prevenção ao HIV em 2009?

2009	Ruim											Excelente
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

a) Planos estratégicos locais elaborados e em desenvolvimento em todos os estados; b) projetos de redes para populações vulneráveis em andamento, abrangendo profissionais do sexo, mulheres que vivem com HIV, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e travestis; c) planos de feminização implantados em todos os estados e processo de avaliação previsto para 2010; d) estudos realizados para estimativa da prevalência entre usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo; e) planos de necessidades de insumos de prevenção (preservativos, gel, preservativos femininos) direcionados às características epidemiológicas locais, com ênfase nas populações vulneráveis.

Quais desafios permanecem nessa área?

Entre os desafios destacam-se: a) aprimorar a resposta local para os grupos mais vulneráveis; b) estabelecer parâmetros para avaliação das ações de prevenção; c) ampliar a cadeia logística dos insumos de prevenção com vistas à ampliação do acesso e estabelecer novos parâmetros para a mesma; d) estabelecer mecanismos para uma gestão integrada com outros programas de governo visando à ampliação da cobertura das ações de prevenção.

#### IV. TRATAMENTO, ATENÇÃO E APOIO

1. O Brasil possui uma política ou estratégia para promover de forma abrangente o tratamento, atenção e apoio em HIV? (A atenção abrangente inclui os seguintes itens: tratamento, testagem e aconselhamento em HIV, apoio psicológico e atenção à saúde baseada no domicílio e na comunidade - não estando, porém, limitada aos mesmos.)

Sim

- 1.1 SE SIM, essa política contempla barreiras enfrentadas por mulheres?

Sim

- 1.2 SE SIM, essa política contempla barreiras enfrentadas por populações sob maior risco?

Sim

2. Seu país identificou as necessidades específicas em relação a serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV?

Sim



SE SIM, como foram determinadas essas necessidades?

Elas foram determinadas a partir de indicadores epidemiológicos e operacionais.

2.1 Qual é o nível de implementação dos seguintes serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV?

Serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV	A maioria das pessoas que precisam desse item têm acesso a ele?		
Terapia antirretroviral	Concordo		
Assistência nutricional		Discordo	
Tratamento pediátrico da aids	Concordo		
Manejo das doenças sexualmente transmissíveis	Concordo		
Apoio psicossocial para pessoas vivendo com HIV e seus familiares	Concordo		
Assistência domiciliar – ADT		Discordo	
Cuidados paliativos			N/A
Testagem e aconselhamento em HIV para pacientes de TB	Concordo		
Testagem de TB para pessoas infectadas pelo HIV	Concordo		
Terapia preventiva de TB para pessoas infectadas pelo HIV	Concordo		
Controle da infecção por TB nos locais de tratamento e atenção em HIV	Concordo		
Profilaxia de cotrimoxazol para as pessoas infectadas pelo HIV	Concordo		
Profilaxia pós-exposição (por ex., exposição ocupacional ao HIV, estupro)	Concordo		
Serviços de tratamento em HIV no local de trabalho ou sistemas de encaminhamento para tratamento a partir do local de trabalho		Discordo	
Atenção e apoio ao HIV no local de trabalho (incluindo esquemas alternativos de trabalho)		Discordo	
Outro: [escrever]			N/A

3. O Brasil possui uma política para o desenvolvimento/uso de medicamentos genéricos ou para a importação paralela de medicamentos para HIV?

Sim

4. O Brasil tem acesso a mecanismos regionais de gestão de aquisição e fornecimento de insumos essenciais, como medicamentos antirretrovirais, preservativos e drogas de substituição?

Sim

SE SIM, para quais insumos?

Em geral, como você avaliaria o esforço envidado na implementação dos programas de tratamento, atenção e apoio em HIV em 2009?

2009	Ruim											Excelente	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

1) O estabelecimento de câmaras técnicas de medicamentos, 2) a realização de seminários e estudos sobre eventos adversos, 3) a criação da rede de lipodistrofia/lipoatrofia e 4) o fortalecimento da oferta de exames.

Quais desafios permanecem nessa área?

Continuam como desafios: 1) a realização do diagnóstico precoce do HIV, 2) a investigação de óbitos e 3) a ampliação do número de leitos para internação.

5. O Brasil possui uma política ou estratégia para atender às necessidades adicionais de órfãos e outras crianças vulneráveis (OCV) em relação ao HIV?

Sim

5.1 SE SIM, existe uma definição operacional para as OCV no país?

Sim

5.2 SE SIM, o país possui um plano nacional de ação específico para as OCV?

Sim

5.3 SE SIM, o país possui uma estimativa das OCV atendidas pelos mecanismos existentes?

Sim

SE SIM, que porcentagem das OCV estão sendo atendidas?

Em geral, como você avaliaria o esforço no sentido de suprir as necessidades dos órfãos e outras crianças vulneráveis em relação ao HIV em 2009?

2009	Ruim											Excelente	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

A elaboração do Consenso Terapêutico para crianças e adolescentes, com a participação de jovens que vivem com HIV/aids.

Quais desafios permanecem nessa área?

Permanecem como desafios: 1) a elaboração de estratégias para reinserção social do jovem HIV+ que vive em casa de apoio e 2) a elaboração de metodologia para revelação diagnóstica às crianças.

## V. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

1. O Brasil possui um plano nacional unificado para Monitoramento e Avaliação (M&A)?

Sim

1.1. SE SIM, cite o período (os anos) da existência desse plano: desde 2003

- 1.2. SE SIM, o plano de M&A foi endossado pelos principais parceiros em M&A?

Sim

- 1.3. SE SIM, o plano de M&A foi desenvolvido mediante consulta à sociedade civil, incluindo pessoas vivendo com o HIV?

Não - O plano de M&E inclui capacitações para ONG e PVHA em M&E.

- 1.4. SE SIM, os principais parceiros alinharam e harmonizaram seus requisitos em M&A (incluindo indicadores) com o plano nacional de M&A?

Sim, todos os parceiros

SE SIM, mas apenas alguns parceiros, ou SE NÃO, descreva brevemente os desafios:

Ausência de uma cultura nacional de M&A, falta de integração entre os vários sistemas, falta de priorização que resulta em número excessivo de indicadores.

2. O plano nacional de Monitoramento e Avaliação inclui:

Uma estratégia de coleta de dados?	Sim
SE SIM, a estratégia abrange:	Sim
monitoramento rotineiro do programa?	Sim
estudos de comportamento?	Sim
vigilância do HIV?	Sim
estudos / pesquisas de avaliação ?	Sim
Um conjunto de indicadores padronizado e bem definido?	Sim
Diretrizes sobre ferramentas de coleta de dados?	Sim
Uma estratégia para avaliar a qualidade dos dados? (isto é, validade, confiabilidade)	Sim
Uma estratégia de análise de dados?	Sim
Uma estratégia para a disseminação e utilização dos dados?	Sim

3. Existe um orçamento para o plano de M&A?

Sim

3.1 SE SIM, qual é o percentual do orçamento para atividades de M&A comparado com o total do orçamento do programa de HIV? 0,3%

3.2 SE SIM, o orçamento para atividades de M&A atende todas as necessidades?

Sim

SE NÃO, descreva brevemente os desafios:

3.3 SE SIM, os gastos com M&A estão sendo monitorados?

Sim

4. As prioridades de M&A são determinadas por meio de uma avaliação nacional de M&A?

Sim

SE SIM, descreva brevemente com que frequência a avaliação nacional de M&A é realizada e o que o processo de avaliação envolve:

Anualmente, são atualizados todos os indicadores de monitoramento e identificadas lacunas (gaps) que devem ser preenchidas com novos indicadores. O processo de avaliação envolve a análise dos resultados desses indicadores para a identificação dos pontos que devem ser avaliados.

5. Existe um Departamento ou Unidade funcional dedicado ao M&A?

Sim

5.1 SE SIM, a Unidade ou Departamento de M&A funciona:

No Programa Nacional de Aids (ou equivalente)?	Sim
No Ministério da Saúde?	Sim

5.2 SE SIM, quantos e que tipo de profissionais trabalham na Unidade ou Departamento de M&A?

Número de profissionais permanentes:		
Cargo: Ana Roberta Pascom	Período integral	Desde quando?: 2003
Cargo: Fábio O'Brien	Período integral	Desde quando?: 2006
Cargo: Karim Sakita	Período integral	Desde quando?: 2006
Cargo: Marcela Rocha	Período integral	Desde quando?: 2008
Cargo: Karen Bruck	Período integral	Desde quando?: 2009

5.3 SE SIM, existem mecanismos para garantir que todos os principais parceiros na implementação encaminhem seus dados e relatórios de M&A ao Departamento/Unidade de M&A, para revisão e inclusão nos relatórios nacionais?

Sim

SE SIM, descreva brevemente os mecanismos de compartilhamento de dados:

Quais são os principais desafios?

1) Consolidar os relatórios de M&E que são descentralizados, 2) harmonizar os diferentes interesses relativos ao Plano Nacional de Avaliação, especialmente no que diz respeito aos indicadores de processo e aqueles de efeitos na população-alvo, e 3) uso dos resultados da avaliação como ferramenta de gestão.

6. Existe um Comitê ou Grupo de Trabalho em M&A que se reúna regularmente para coordenar as atividades de M&A?

Sim, se reúne regularmente

6.1 O Comitê ou Grupo inclui representantes da sociedade civil?

Não

7. Existe um banco de dados nacional centralizado contendo dados relacionados ao HIV?

Sim

7.1 SE SIM, descreva brevemente o banco de dados nacional e quem o gerencia:

**MONITORAIDS** – Sistema de Indicadores do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Atualmente, o Sistema é composto por um conjunto de 90 indicadores, sendo selecionados aqueles que: a) caracterizem o nível socioeconômico, possibilitando a análise das desigualdades que influenciam na disseminação da doença e efetividade da resposta; b) sejam de relevância para monitorar a evolução do HIV/aids e outras DST

e c) sejam de utilidade no acompanhamento de ações programáticas e na indicação de avaliações a serem realizadas.

Os indicadores foram divididos em três áreas: Contexto Externo, Relacionados ao Programa e Impacto. Os indicadores de Contexto Externo foram estabelecidos pelo contexto em que ocorre a epidemia de aids no País, sendo representados por características demográficas e socioeconômicas da população, bem como por indicadores do sistema nacional de saúde. Os indicadores Relacionados ao Departamento são aqueles indicadores de produtos e de resultados e estão divididos em sub-áreas estabelecidas pelos recursos despendidos, pela incorporação de novos conhecimentos e tecnologias, pela vulnerabilidade individual, pelas estratégias de prevenção, pela assistência prestada, pela vigilância de HIV/aids e pela prevenção e controle das DST. Finalmente, os indicadores de Impacto permitem analisar o impacto que exercem sobre a morbi-mortalidade as ações desenvolvidas para o controle da aids e das demais DST.

7.2 **SE SIM**, ele inclui informação sobre o conteúdo, populações-alvo e cobertura geográfica dos serviços em HIV, bem como os organismos implementadores dos mesmos?

a. **Sim**, todos os itens acima

7.3 Existe um Sistema funcional\* de Informações em Saúde?

Nível nacional	Sim
Nível subnacional SE SIM, em que nível(is)?	Sim
<p>São utilizados os seguintes sistemas: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), dentre outros. Além das informações em nível nacional, eles permitem o refinamento por estado e município.</p> <p>A vigilância epidemiológica da aids, além de se basear em informações fornecidas pela notificação de casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e em registros de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), possui dois sistemas particulares: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).</p> <p>As informações do SINAN, no caso particular da aids, são provenientes das notificações de casos confirmados pela definição de casos de aids adotada no país. O sistema contém informações epidemiológicas relevantes, que têm sido utilizadas para caracterizar a dinâmica da epidemia, assim como para subsidiar as ações de prevenção e controle da doença.</p> <p>O SIM tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país. Contém informações sobre o óbito, tais como a causa básica, data, local e município de ocorrência, assim como informações sobre o indivíduo que faleceu, tais como a idade, sexo, grau de escolaridade, ocupação e município de residência.</p> <p>O SISCEL foi desenvolvido com o objetivo de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4/CD8 e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em terapia antirretroviral.</p> <p>O SICLOM foi criado com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos antirretrovirais, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos.</p> <p>A análise dos dados de aids é elaborada a partir dos casos notificados no SINAN, acrescidos dos dados registrados no Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sendo fundamentada na técnica de relacionamento probabilístico. O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi utilizado para validação das informações contidas no SISCEL, quando do relacionamento deste com o SIM.</p>	

(\* que envia regularmente dados coletados por serviços de saúde, agregados localmente e encaminhados à instância nacional, sendo esses dados analisados e utilizados em diferentes níveis)

8. O Brasil publica pelo menos uma vez por ano um relatório sobre M&A de HIV e também sobre vigilância em HIV, incluindo dados?

Sim

9. Em que medida os dados de M&A são utilizados:

9.1 No desenvolvimento / na revisão da estratégia nacional de aids?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

Cite um exemplo específico:

Os dados foram utilizados para a elaboração do Plano de enfrentamento da feminização da epidemia.

Quais são os principais desafios, se houver?

Constitui um desafio o estabelecimento de critérios para estimativas comportamentais.

9.2 Para a alocação de recursos?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

Cite um exemplo específico:

Os dados foram utilizados para estipular valores para a política de incentivo.

Quais são os principais desafios, se houver?

Permanece como desafio a realização de previsões para compras de insumos de prevenção com base em estimativas de utilização.

9.3 Para a melhoria do programa?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

Cite um exemplo específico:

Os dados foram utilizados na realização da Campanha “Fique sabendo” para ampliação da testagem.

Quais são os principais desafios, se houver?

Permanece como desafio a obtenção de estimativas de populações mais vulneráveis.

10. Existe um plano para aumentar a capacidade de recursos humanos em relação a M&A nos níveis nacional e subnacional e nos níveis que prestam os serviços?

a. Sim, em todos os níveis



10.1 No último ano houve treinamento em M&A:

No nível nacional?	Sim
<b>SE SIM</b> , nº de pessoas treinadas: 1.200	
No nível subnacional?	Sim
<b>SE SIM</b> , nº de pessoas treinadas: aproximadamente 3.000 técnicos capacitados	
No nível da prestação dos serviços, incluindo a sociedade civil?	Sim
<b>SE SIM</b> , nº de pessoas treinadas: aproximadamente 400 técnicos capacitados	

10.2 Houve outras atividades de capacitação em M&A, além de treinamentos?

Sim - Cursos de mestrado na área de Monitoramento e Avaliação.

**SE SIM**, descrever os tipos de atividades:

Curso de Pós-Graduação (Especialização e Mestrado Profissionalizante) em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com ênfase em DST/HIV/aids:

- Desenvolvido e coordenado pela ENSP/FIOCRUZ, em parceria com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e com o CDC/GAP. Tem estrutura modular, com a duração de uma semana por mês, durante 12 meses, para os alunos que optam somente pela Especialização, e de mais seis meses para os alunos que optam pelo Mestrado.
- Objetiva formar especialistas em avaliação de programas de controle de processos endêmicos capazes de realizar trabalho avaliativo, considerando as dimensões sócio-histórica e técnico-operacional da avaliação e tendo por sustentação os processos de comunicação, educação permanente e reprodução de conhecimento em avaliação para o desenvolvimento de uma gestão transformadora.

Em geral, como você avaliaria o esforço em M&A no programa de HIV em 2009?											
2009	Ruim									Excelente	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área:											
1) Institucionalização do monitoramento como ferramenta de gestão, 2) estabelecimento de estudos prioritários para o acompanhamento da resposta brasileira, 3) realização de capacitações em M&A para estados e municípios, e 4) monitoramento de indicadores-chave.											
Quais desafios permanecem nessa área?											
1) Institucionalização da avaliação como ferramenta de gestão, 2) padronização dos sistemas, 3) priorização de indicadores e 4) assimilação do M&A nas rotinas.											

## PARTE B

**[Destinada aos representantes de organizações não-governamentais, agências bilaterais e órgãos das Nações Unidas]**

### PARTE B (1) - Agências bilaterais e órgãos das Nações Unidas

O processo de preenchimento do ICPN por parte do Sistema ONU envolveu os seguintes procedimentos:

- (i) Uma reunião de consulta e informação com a Equipe Conjunta da ONU sobre aids, onde foram definidos dois representantes do Sistema ONU junto ao GT UNGASS;
- (ii) Encaminhamento do ICPN e orientações para o preenchimento aos representantes do Sistema ONU no Brasil e seus correspondentes pontos focais em HIV/aids;
- (iii) Apoio presencial junto às agências para o preenchimento do instrumento;
- (iv) Consolidação preliminar das respostas enviadas pelas diversas agências em um só instrumento – delivered as one;
- (v) Apresentação do consolidado preliminar na reunião ampliada do GT UNGASS;
- (vi) Duas reuniões com Equipe Conjunta da ONU sobre Aids para consensuar informações das agências e sugestões feitas pelo GT UNGASS;
- (vii) Apresentação final do ICPN do Sistema ONU ao GT UNGASS.

### Entrevistados para o ICPN

Organização	Nome/Cargo	Entrevistados da Parte B [indique as seções sobre as quais cada qual foi entrevistado]			
		B.I	B.II	B.III	B.IV
1) UNICEF	Marie-Pierre Poirier/ Representante; Daniela Ligiéro/ Coordenadora do Programa de HIV/Aids	X	X	X	
2) UNODC	Bo Mathiasen/ Representante Regional; Nara Santos/ Assessora Técnica em HIV/Aids	X	X	X	X
3) UNAIDS	Pedro Chequer/ Coordenador UNAIDS Brasil; Naiara Costa/ Oficial de Programa; Jacqueline Côrtes/ Assessora de Programas e Projetos; Carsten Gissel/ Assessor de Programa	X	X	X	X
4) OPAS/OMS	Diego Victoria/ Representante; Luís Codina/ Gerente da Área de Saúde Familiar e Segurança Alimentar; Pamela Ximena Bermudez/ Ponto Focal em HIV/Aids	X	X	X	X
4) UNFPA	Ângela Donini/ Assessora em HIV/Aids	X	X	X	X

5) UNESCO	Maria Rebeca Gomes Otero/ Oficial de Programa em HIV/Aids	X	X	X	X
6) ACNUR	Eva Demant/ Representante A.I.; Luiz Fernando Godinho/ Oficial de Informação Pública; Rafael Rodovalho/ Assistente Sênior de Programa	X	X	X	X
7) PNUD	Joaquim Roberto Fernandes/ Oficial de Programa	X	X	X	X

### I. DIREITOS HUMANOS

1. O Brasil possui legislação e regulamentos que protegem contra a discriminação as pessoas vivendo com HIV? (incluindo leis que disponham sobre a discriminação de forma geral ou que cite especificamente o HIV, enfocando aspectos relacionados à educação, habitação, emprego, atenção à saúde, etc.)

Sim

- 1.1 **SE SIM**, explique se há menção específica ao HIV e quais são as disposições a respeito, ou se é uma disposição generalizada sobre a não discriminação: [escrever]

O portal do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (<http://www.aids.gov.br>) disponibiliza uma versão eletrônica on-line de uma publicação com três volumes contendo as seguintes matérias relativas à legislação nacional e internacional sobre as DST/HIV e aids:

- Constituição Federal do Brasil (1988)
- Mecanismos Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos ratificados pelo Brasil;
- Art. 2º da Declaração Universal dos Direitos Humanos;
- Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos;
- Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais;
- Convenção Americana de Direitos Humanos;
- Decreto Legislativo nº 56, de 19/04/95 (que aprova os textos do Protocolo de San Salvador e do Protocolo referente à Abolição da Pena de Morte);
- Decreto nº 1.004, de 13/05/96 (que institui o Programa Nacional de Direitos Humanos);
- A Organização Político-administrativa da Assistência à Saúde;
- Serviços Sociais;
- Benefícios Fiscais;
- Código Penal e Penitenciário;
- Normas Éticas do Conselho Federal de Medicina;
- Legislações dos Estados;

- Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 796, de 29 de maio de 1992;
- Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher – Convenção de Belém do Pará (1994);
- Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da Aids – ENONG (Encontro Nacional de ONG que trabalham com Aids). Porto Alegre, 1989;
- Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual;
- O site da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT (<http://www.abglt.org.br>), fundada em 1995, também proporciona acesso à legislação brasileira, à legislação de outros países e à legislação internacional em relação a homossexuais, HIV/aids, união civil, imigração, previdência social, orientação sexual, etc.;
- O site da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+) (<http://www.rnpva.org.br>). Essa rede, fundada em 1995, reúne os esforços de pessoas vivendo com HIV/aids relativos aos vários tipos de atividades de controle social, fortalecimento da cidadania, direitos humanos e combate à discriminação. Desempenha um papel de liderança na mobilização, além da disponibilização de recursos técnicos, informações e oportunidades para melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids.

2. O Brasil possui leis ou regulamentos contra a discriminação que especificam formas de proteção para grupos sob maior risco e outras subpopulações vulneráveis?

Sim

2.1 SE SIM, para que grupos populacionais?

a. Mulheres	Sim
b. Jovens	Sim
c. Usuários de drogas injetáveis	Sim
d. Homens que fazem sexo com homens	Sim
e. Profissionais do sexo	Sim
f. Presidiários	Sim
g. Populações migrantes / móveis	Sim

**SE SIM**, explique brevemente quais mecanismos existem para garantir que essa legislação seja implementada:

Existe uma boa plataforma jurídica em todos os níveis de governo. O principal desafio é a observância dessas leis e seu cumprimento em todas as circunstâncias.

Há estados e municípios com leis que proíbem a discriminação por orientação sexual.

Além de legislação e políticas nacionais, também há políticas específicas tais como o Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST, a Lei Maria da Penha sobre violência doméstica contra mulheres e sua proteção, além do Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Também há leis sobre Redução de Danos para usuários de drogas.

Seguem os mecanismos mais relevantes:

### **LGBT**

Para que esse programa alcance seus objetivos, quatro ações principais devem ser implementadas:

1. Apoio a projetos de fortalecimento de instituições públicas e não-governamentais que atuam na promoção da cidadania homossexual e/ou no combate à homofobia;
2. Capacitação de profissionais e representantes de movimentos homossexuais que atuam na defesa dos Direitos Humanos;
3. Disseminação de informações sobre direitos, promoção da autoestima homossexual;
4. Incentivo à denúncia de violações dos Direitos Humanos do segmento LGBT.

### **Crianças e Adolescentes**

O Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), prevê a proteção integral de crianças e adolescentes, incluindo todas as formas de discriminação, negligência, exploração, violência, crueldade ou opressão.

### **Usuários de drogas**

A Lei nº 11.343/06 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico, estando em alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas.

### **População Penitenciária**

A Portaria Interministerial nº 1.777/03 (Ministério da Saúde e Ministério da Justiça) institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que prevê a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, pela Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e pela Lei de Execução Penal nº 7.210/84.

Há em torno de 50 Centros de Referência LGBT que recorrem a essa legislação em casos de denúncias de discriminação.

Comente brevemente sobre o teor dessa legislação:

### LGBT

Esse programa tem por objetivo promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais.

### Usuários de drogas

A Política Nacional sobre Drogas apresenta, entre suas orientações gerais, a promoção de estratégias e ações de redução de danos voltadas para a saúde pública e direitos humanos, que deve ser realizada de forma articulada, inter e intrassetorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

### População Penitenciária

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas, segundo princípios básicos que assegurem a eficácia das ações de promoção, prevenção e atenção integral à saúde. Entre os princípios que fundamentam o Plano, incluem-se a promoção da cidadania, na perspectiva dos direitos civis, políticos e sociais, e a promoção dos direitos humanos, como referencial para uma vida em comum mais humana, mais digna, sem discriminação e sem violência.

No que diz respeito a homens, mulheres e crianças solicitantes de refúgio ou reconhecidos como refugiados no Brasil, os mesmos têm acesso garantido aos serviços de saúde, inclusive insumos de prevenção ao HIV/aids, aconselhamento e tratamento.

Quanto à população migrante, não se verifica uma legislação específica, mas há garantia de acesso aos serviços previstos nas normas, regulamentos e legislações já existentes.

Comente brevemente sobre o atual nível de implementação dessa legislação:

### LGBT

Programa relativamente recente, de 2004, ainda em fase de implementação. O monitoramento tem sido realizado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e pelos Ministérios da Saúde, da Educação, da Justiça, da Cultura, do Trabalho e Emprego, dentre outros.

### Usuários de drogas

A estratégia de redução de danos tem sido adotada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, desde 1994. A redução de danos é considerada uma estratégia de grande relevância para a mudança do perfil da epidemia de aids, que nos anos 90 chegou a registrar 25% dos casos da doença, direta ou indiretamente notificados, associados ao uso de drogas injetáveis, sendo que atualmente esse percentual caiu para 9%.

Em 2009, o Ministério da Saúde, por meio de sua Coordenação de Saúde Mental, lançou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD). Esse Plano possui como principal objetivo intensificar, ampliar e diversificar as ações de prevenção, promoção da saúde e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Entre suas diretrizes, o PEAD propõe o respeito e à promoção dos direitos humanos e da inclusão social. Entre os eixos de ação do PEAD, encontra-se o apoio às ações de enfrentamento do estigma e a promoção da inclusão social por meio da sensibilização de gestores, profissionais e população em geral sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas.

### População Penitenciária

Atualmente, 18 estados estão qualificados para o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: Acre, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo e Tocantins. Esses estados contam com cerca de 200 equipes de saúde, atuando em 160 unidades prisionais.

Toda a população sob o mandato do ACNUR no Brasil está beneficiada por esta garantia.

3. O Brasil possui leis, regulamentos ou políticas que dificultam a efetiva prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV para as populações sob maior risco e outras subpopulações vulneráveis?

Não

4. A promoção e proteção dos direitos humanos é explicitamente mencionada nas políticas ou estratégias relativas ao HIV/aids?

Sim

**SE SIM**, descreva brevemente a maneira como se faz menção aos direitos humanos nessa política ou estratégia sobre HIV:

Em todas as políticas, estratégias e programas que sustentam a resposta brasileira ao HIV/aids, os direitos humanos são claramente mencionados e incorporados. O país

entende que a resposta ao HIV está baseada na perspectiva da indissociabilidade de prevenção e assistência, tendo os direitos humanos como eixo central.

É ampla a participação da sociedade civil e de grupos específicos de populações vulneráveis ao HIV/aids nos programas desenvolvidos pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), principalmente por meio de atividades do Departamento de HIV/aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, das Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids e dos projetos implementados pelos organismos internacionais.

5. Existe algum mecanismo de registro, documentação e tomada de providências em relação a casos de discriminação vivenciados por pessoas vivendo com HIV e aids, populações sob maior risco e/ou outras subpopulações vulneráveis?

Sim

**SE SIM**, descreva brevemente esse mecanismo:

No âmbito do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais existe o banco de dados de denúncias – Sistema de Monitoramento e Avaliação de Violações de Direitos Humanos em HIV/Aids – MS/DST/Aids ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).

Existem também os mecanismos jurídicos e legais tais como ministérios públicos, Ordem dos Advogados do Brasil, juizados de pequenas causas e assessorias jurídicas de ONGs, onde o atendimento à população é gratuito e o apoio oferecido.

**Lei 11.340 (Lei Maria da Penha)**

“Artigo 9º. A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstas na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.

§ 1º. O juiz determinará, por prazo certo, a inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal.”

A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

6. O governo, por meio de apoio político e financeiro, tem envolvido as pessoas vivendo com HIV, as populações sob maior risco e/ou outras subpopulações



vulneráveis no desenvolvimento das políticas em HIV e na implementação de programas?

Sim

**SE SIM**, descreva alguns exemplos:

Por meio de participação nos conselhos nacionais, estaduais, e municipais.

O país tem um Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre gays, outros homens que fazem sexo com homens e travestis, lançado em junho de 2007 e disponibilizado para consulta pública. O plano define estratégias de prevenção e atenção em HIV/aids para esses segmentos, e também para a promoção dos direitos humanos e o respeito às diferenças.

7. O Brasil possui uma política de serviços gratuitos em:

a. Prevenção ao HIV?	Sim
b. Tratamento antirretroviral?	Sim
c. Intervenções de atenção e apoio em HIV?	Sim

**SE SIM**, mas havendo limitações de recursos, descreva brevemente que passos estão sendo dados para implementar essas políticas, e inclua informações sobre eventuais restrições ou barreiras ao acesso às mesmas por parte das diferentes populações:

Há dificuldades no âmbito da prevenção, quais sejam:

- acesso a preservativos, no que tange aos problemas logísticos locais para distribuição;
- aconselhamento, sendo que grande parte dos recursos nacionais são investidos no tratamento antirretroviral. O acesso ao diagnóstico tem sido tardio.

Além disso, as crianças e adolescentes vivendo com HIV têm acesso limitado ao apoio psicossocial que vai além do aspecto médico. Finalmente, existem dificuldades no acesso ao tratamento de doenças oportunistas.

8. O Brasil possui uma política que garanta igualdade de acesso à prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV tanto para mulheres quanto para homens?

Sim

8.1 Especificamente, seu país tem uma política que garanta o acesso das mulheres a serviços de prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV fora do contexto da gravidez e parto?

Sim

9. O Brasil possui uma política que garanta igualdade de acesso à prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV para as populações sob maior risco e/ou outras subpopulações vulneráveis?

Sim

**SE SIM**, explique brevemente o conteúdo dessa política:

Conforme mencionado acima, o país conta com uma plataforma de políticas e programas orientados especificamente para as populações mais vulneráveis. O acesso ao sistema público de saúde é universal e não-discriminatório.

- 9.1 **SE SIM**, essa política inclui várias abordagens diferentes para garantir o acesso igual para as diversas populações sob maior risco e/ou outras subpopulações vulneráveis risco?

Sim

**SE SIM**, explique brevemente os diferentes tipos de medidas que visam a garantir o acesso igual para populações diferentes:

Existem instrumentos legais denominados como PLANOS de Enfrentamento à epidemia, tais como:

- Mulheres
- HSH e travestis
- População prisional
- Afrodescendentes
- População indígena

10. O Brasil possui uma política que proíba a testagem para HIV para fins relacionados ao emprego (recrutamento, designação/alteração de cargo, contratação, promoção, demissão)?

Sim

11. O Brasil possui uma política para garantir que os protocolos de pesquisas em HIV em seres humanos sejam analisados e aprovados por um comitê de ética local ou nacional?

Sim

- 11.1 **SE SIM**, o comitê de ética inclui representantes da sociedade civil, inclusive pessoas vivendo com HIV?

Sim

**SE SIM**, descreva a abordagem utilizada por esse comitê e sua efetividade:

No Brasil existe a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) envolvendo seres humanos, regida, entre outras, pela Resolução nº 196/96. Essa estrutura se reproduz no âmbito dos estados e municípios, onde funcionam comitês de ética em pesquisa (CEP).

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Como instância reguladora federal, todos os projetos precisam ser aprovados pelo CONEP/CNS.

Detalhes na Tabela abaixo:

ANO	RESOLUÇÃO	EMENTA
2007	Resolução CNS 370/07	Dispõe sobre o registro e credenciamento ou renovação de registro e credenciamento do CEP.
2005	Resolução CNS 347/05	Aprova as diretrizes para análise ética de projetos de pesquisa que envolvam armazenamento de materiais ou uso de materiais armazenados em pesquisas anteriores.
2005	Resolução CNS 346/05	Dispõe sobre projetos multicêntricos.
2004	Resolução CNS 340/04	Aprova as Diretrizes para Análise Ética e Tramitação dos Projetos de Pesquisa da Área Temática Especial de Genética Humana.
2002	Regulamentação da Resolução do CNS 292/99	Regulamenta a Resolução CNS nº 292/99 sobre pesquisas com cooperação estrangeira (aprovada no CNS em 08/08/2002).
2000	Resolução CNS 304/00	Contempla norma complementar para a área de Pesquisas em Povos Indígenas.
2000	Resolução CNS 303/00	Contempla norma complementar para a área de Reprodução Humana, estabelecendo subáreas que devem ser analisadas na CONEP e delegando aos CEP a análise de outros projetos da área temática.
2000	Resolução CNS 301/00	Contempla o posicionamento do CNS e CONEP contrário a modificações da Declaração de Helsinque.
1999	Resolução CNS 292/99 - português - inglês	Estabelece normas específicas para a aprovação de protocolos de pesquisa com cooperação estrangeira, mantendo o requisito de aprovação final pela CONEP, após aprovação do CEP.
1997	Resolução CNS 251/97 - português - inglês	Contempla a norma complementar para a área temática especial de novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos e delega aos CEP a análise final dos projetos nessa área, que deixa de ser especial.
1997	Resolução CNS 240/97	Define representação de usuários nos CEP e orienta a escolha.
1996	Resolução CNS 196/96 - português - inglês	Contém as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, resultado de um ano de trabalho, ficando revogada a Resolução nº 01/88.
1995	Resolução CNS 170/95	Define a formação de um Grupo Executivo de Trabalho para revisão da Resolução CNS nº 01/88 (compuseram o grupo: pesquisadores, representantes dos Ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia, CFM, OAB, CNBB, representante de usuários do SUS, ONG etc.).
1995	Resolução CNS 173/95	Define o Plano de trabalho de revisão da Resolução CNS nº 01/88, incluindo a normatização de áreas temáticas especiais.
1988	Resolução CNS 01/88	Regulamenta o credenciamento de Centros de Pesquisa no país e recomenda a criação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em cada centro (revogada).

12. O Brasil possui os seguintes mecanismos de monitoramento e garantia dos direitos humanos?

- Existência de instituições nacionais independentes para a promoção e proteção de direitos humanos, incluindo comissões de direitos humanos, comissões para reforma da legislação e ouvidores que lidam com questões de HIV no seu trabalho.

Sim

- Pontos focais dentro dos departamentos do governo que trabalham com saúde e outras áreas, para monitorar violações de direitos humanos em relação ao HIV e discriminação também ligada ao HIV em áreas como habitação e emprego.

Sim

- Indicadores de desempenho ou marcos para o cumprimento de normas de direitos humanos, no contexto dos esforços relativos ao HIV.

Sim

**SE SIM** em qualquer dos itens acima, descreva alguns exemplos:

1. O Conselho Nacional de Combate à Discriminação;
2. A Comissão Nacional de Aids;
3. A Comissão de Articulação com Movimentos Sociais (Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais);
4. O Comitê Técnico para a Saúde de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Ministério da Saúde);
5. A Comissão de Direitos Humanos do Congresso Nacional;
6. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República;
7. A Frente Parlamentar sobre HIV/Aids – Congresso Nacional;
8. A Frente Parlamentar pela Cidadania LGBT– Congresso Nacional.

13. Nos últimos 2 anos, membros do Judiciário (incluindo cortes e tribunais do trabalho) foram treinados ou sensibilizados em relação às questões de direitos humanos em HIV e aids que poderão surgir no decorrer nos seus trabalhos?

Sim

14. Os seguintes serviços de assistência jurídica são disponibilizados em seu país?

- Sistemas legais de auxílio em ações envolvendo HIV e aids

Sim

- Firmas de advocacia do setor privado ou escritórios-modelo de universidades que forneçam serviços jurídicos gratuitos ou de baixo custo para as pessoas vivendo com HIV

Sim

- Programas de educação e conscientização para as pessoas vivendo com HIV/ aids sobre seus direitos

Sim

OBS: Serviços promovidos pelo setor público e ONG.

15. Existem programas em funcionamento para reduzir a discriminação e estigmatização associadas ao HIV?

Sim

SE SIM, que tipo de programas?

Meios de comunicação	Sim
Educação nas escolas	Sim
Pronunciamentos regulares de pessoas de destaque	Sim
Outros: 1. Campanhas específicas de Carnaval e 1º de Dezembro 2. Programa de combate à violência e à discriminação contra LGBT e de promoção da cidadania homossexual	Sim

Em geral, como você avaliaria as políticas, leis e regulamentos existentes para promover e proteger os direitos humanos em relação ao HIV e aids em 2009?

2009	Ruim	Excelente
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

- O fortalecimento do programa conjunto entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o UNICEF, a UNESCO e o UNFPA (Saúde e Prevenção nas Escolas) para trabalhar a prevenção ao HIV e a discriminação dos que vivem com HIV no âmbito da escola;
- Intenso avanço nas ações intersetoriais, como, por exemplo, o decreto que instituiu em 2007 o programa SPE (Saúde nas Escolas) por meio de decreto presidencial;
- A criação de uma rede nacional de adolescentes e jovens vivendo com HIV, em 2007, que está dando maior visibilidade ao tema;
- O desenvolvimento de planos integrados de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST e de enfrentamento da epidemia de aids e outras DST entre gays, outros HSH e travestis;
- 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT), realizada de 5 a 8 de junho de 2008;
- A liderança na Consulta Regional sobre HIV e Trabalho Sexual e a realização da Consulta Nacional sobre HIV, Prostituição e Direitos Humanos, em 2008;
- A liderança na Consulta Regional para a América Latina e Caribe sobre HIV no Sistema Penitenciário, realizada em São Paulo em maio de 2008, e, como seguimento, a realização da Consulta Nacional sobre HIV no Sistema Penitenciário, em 2009;
- Maior universalização do atendimento, melhoria na coleta e análise de dados epidemiológicos, novas estratégias para o acesso pelas populações mais vulneráveis.

Quais desafios permanecem nessa área?

- As pessoas com HIV continuam sofrendo discriminação e estigma. Maior atenção precisa ser dada às crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids, e em particular àquelas que estão institucionalizadas.
- Maior presença do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais em áreas de fronteira, com maior distribuição de informação relevante (sobre prevenção, aconselhamento e tratamento) em postos de fronteira e de controle migratório.

Em geral, como você avaliaria o esforço para garantir o cumprimento das políticas, leis e regulamentos existentes em 2009?											
2009	Ruim						Excelente				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?											
A participação cada vez maior da Sociedade Civil na implementação dos programas relacionados ao HIV/aids no Brasil tem permitido um melhor acompanhamento dos resultados e, conseqüentemente, um maior Controle Social sobre o tema – garantindo, assim, que as políticas, leis e regulamentos sejam cumpridos.											
Quais desafios permanecem nessa área?											

## II. PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL<sup>1</sup>

1. Em que medida a sociedade civil tem contribuído para o fortalecimento do compromisso político dos principais líderes e para a formulação de estratégias/políticas nacionais?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

### Comentários e exemplos:

A Sociedade Civil tem representatividade garantida em câmaras de controle social, estabelecidas por legislação no país, tais como conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais) e outros mecanismos de participação, tais como: GT UNAIDS, Comissão Nacional de Aids, Comissão de Articulação com Movimentos Sociais, dentre outros.

A Sociedade Civil brasileira, por meio de diferentes organizações, tem exercido um significativo Controle Social sobre os programas e projetos voltados para a prevenção ao HIV/aids, aconselhamento e tratamento.

2. Em que medida os representantes da sociedade civil têm participado dos processos de planejamento e orçamento do Plano Estratégico Nacional de HIV e Aids ou do plano das atividades ora em curso (p. ex., participação em reuniões de planejamento, revisão de versões preliminares)?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

<sup>1</sup> A sociedade civil inclui, entre outros: redes de pessoas vivendo com HIV; organizações de mulheres; organizações de jovens; organizações religiosas; organizações que trabalham com aids; organizações de base comunitária; organizações dos principais grupos afetados (incluindo homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, migrantes, refugiados, populações em deslocamento, presidiários); organizações de trabalhadores, organizações de direitos humanos; etc. Para os fins do ICPN, o setor privado é considerado separadamente.

Comentários e exemplos:

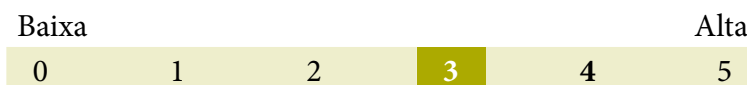
A Sociedade Civil brasileira, por meio de diferentes organizações, tem exercido o devido Controle Social sobre os programas e projetos voltados para a prevenção ao HIV/aids, aconselhamento e tratamento. Sua participação é constante no Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, e em outros fóruns de consulta, discussão e acompanhamento, como o GT UNAIDS. No entanto, essa participação é muito diferenciada e desigual nos diversos estados e municípios que compõem o país.

3. Em que medida os serviços oferecidos pela sociedade civil nas áreas de prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV estão incluídos:

- a. Na estratégia nacional de aids?



- b. No orçamento nacional?



- c. Nos relatórios nacionais sobre aids?



Comentários e exemplos:

OBS: Os tópicos acima representam apenas as ações na área de prevenção. Os serviços de assistência no Brasil são de atribuição do Estado. A Sociedade Civil apoia esses serviços na complementaridade dos mesmos, a exemplo das Casas de Apoio.

4. Em que medida a sociedade civil está incluída no monitoramento e avaliação (M&A) da resposta ao HIV:

- a. No desenvolvimento do plano nacional de M&A?





- b. Na participação no comitê/grupo de trabalho nacional responsável pela coordenação das atividades de M&A?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

- c. Nos esforços de M&A realizados localmente?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

Comentários e exemplos:

De maneira geral, a Sociedade Civil participa por meio das instâncias de Controle Social. Especificamente, podemos citar os relatórios de progresso UNGASS, onde a sociedade civil tem participação ampla e efetiva.

5. Em que medida a diversidade da sociedade civil está representada na participação nos esforços em HIV/aids (p. ex., redes de pessoas vivendo com HIV, organizações de profissionais do sexo, organizações religiosas)?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

Comentários e exemplos:

A diversidade se faz presente por meio da representação da Sociedade Civil nas várias instâncias deliberativas e consultivas do país com atuação no tema do HIV/aids.

6. Em que medida a sociedade civil pode acessar:

- a. Apoio financeiro adequado para implementar suas ações em HIV?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

- b. Apoio técnico adequado para implementar suas ações em HIV?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

7. Que porcentagem dos seguintes programas e serviços em HIV e aids estima-se que sejam prestados pela sociedade civil?

Prevenção para os jovens	<25%
Prevenção populações sob maior risco	<25%
-UDI	<25%
-HSH	<25%
-Profissionais do sexo	<25%
Aconselhamento e testagem	<25%
Redução do estigma e da discriminação	<25%
Serviços clínicos (IO/TARV)*	Zero<25%
Atenção domiciliar terapêutica	Zero<25%
Programas para as OCV**	<25%

\*IO: Infecções oportunistas/TARV: terapia antirretroviral

\*\*OCV: Órfãos e outras crianças vulneráveis

OBS: A sociedade civil contribui com ações de prevenção para populações-chave e para redução do estigma e discriminação, embora de forma articulada com serviços públicos nas três esferas de governo.

Em geral, como você avaliaria o esforço para aumentar a participação da sociedade civil em 2009?											
2009	Ruim									Excelente	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?											
Quais desafios permanecem nessa área?											

### III. PREVENÇÃO

1. O Brasil identificou as necessidades específicas em relação a programas de prevenção ao HIV?

Sim

**SE SIM**, como foram determinadas essas necessidades?

Por meio de recomendação dos conselhos nacional, estaduais e municipais; pesquisas de comportamento; pesquisas de prevalência; estabelecimento de Planos Nacionais.

Outras medidas incluem: desenvolvimento científico e tecnológico na área de insumos de prevenção, aprimoramento das estratégias de marketing social do preservativo e ampliação de ações por parte dos parceiros além do setor saúde, como, por exemplo, educação, trabalho, políticas para as mulheres, ação social, juventude, dentro outros.

O anterior possibilita uma melhor coleta e análise de dados, além de identificar com mais precisão a evolução da epidemia e dos grupos sociais mais vulneráveis ao HIV/aids.

### 1.1 Qual é o nível de implementação dos seguintes serviços de prevenção de HIV?

Área de prevenção ao HIV	A maioria das pessoas que precisam desse item têm acesso a ele?	
Segurança do sangue	Concordo	
Precauções universais em ambientes de atenção à saúde	Concordo	
Prevenção da transmissão vertical do HIV	Concordo	
IEC* sobre redução de riscos	Concordo	
IEC* sobre redução do estigma e discriminação	Concordo	
Promoção do uso de preservativos	Concordo	
Testagem e aconselhamento em HIV	Concordo	
Redução de danos para usuários de drogas injetáveis		Discordo
Redução de riscos para homens que fazem sexo com homens	Concordo	
Redução de riscos para profissionais do sexo	Concordo	
Serviços em saúde reprodutiva que incluem prevenção e tratamento das DST	Concordo	
Educação sobre HIV para jovens nas escolas	Concordo	
Prevenção do HIV para jovens fora das escolas		Discordo
Prevenção do HIV no local de trabalho		Discordo

\*IEC = informação, educação e comunicação

Em geral, como você avaliaria o esforço direcionado para a implementação dos programas de prevenção ao HIV em 2009?

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

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área:

- Saúde e Prevenção nas Escolas;
- Piloto de Prevenção das DST/HIV com meninos e meninas em situação de rua;
- Expansão do teste rápido para gestantes;
- Expansão de testagem para jovens e adolescentes;
- Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST;
- Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de aids e DST entre gays, outros HSH e travestis.

Quais desafios permanecem nessa área?

- Ainda não existe o acesso universal à testagem para gestantes;
- Muitos adolescentes e jovens ainda não têm acesso ao preservativo;
- Adolescentes fora da escola continuam marginalizados em relação aos serviços de prevenção e tratamento;
- Diferenças regionais significativas em relação ao acesso a serviços de prevenção (menor no Norte e Nordeste);
- A política contra a feminização do HIV ainda não foi incorporada com sucesso nos estados;
- Não houve avanço em termos legislativos quanto aos direitos de LGBT no país.

#### IV. TRATAMENTO, ATENÇÃO E APOIO

1. O Brasil identificou as necessidades específicas em relação a serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV?

Sim

**SE SIM**, como foram determinadas essas necessidades?

Por meio de estudos e pesquisas sobre adesão e diagnóstico; pelos comitês científicos de protocolos de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde no país.

1.1 Qual é o nível de implementação dos seguintes serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV?

Serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV	A maioria das pessoas que precisam desse item têm acesso a ele?		
	Concordo	Discordo	
Terapia antirretroviral	Concordo		
Assistência nutricional		Discordo	
Tratamento pediátrico de aids	Concordo		
Manejo das doenças sexualmente transmissíveis	Concordo		
Apoio psicossocial para pessoas vivendo com HIV e seus familiares	Concordo		
Assistência domiciliar	Concordo		
Cuidados paliativos e tratamento das infecções comumente associadas ao HIV	Concordo		
Testagem e aconselhamento em HIV para pacientes de TB	Concordo		
Testagem de TB para pessoas infectadas pelo HIV	Concordo		
Terapia preventiva de TB para pessoas infectadas pelo HIV	Concordo		
Controle da infecção por TB nos locais de tratamento e atenção em HIV	Concordo		
Profilaxia de cotrimoxazol para as pessoas infectadas pelo HIV	Concordo		
Profilaxia pós-exposição (por ex., exposição ocupacional ao HIV, estupro)	Concordo		
Serviços de tratamento em HIV no local de trabalho ou sistemas de encaminhamento para tratamento a partir do local de trabalho			N/A
Atenção e apoio ao HIV no local de trabalho (incluindo esquemas alternativos de trabalho)		Discordo	
Outro: [escrever]			

Em geral, como você avaliaria o esforço envidado na implementação dos programas de tratamento, atenção e apoio em HIV e aids em 2009?

2009	Ruim	Bom
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?		
Quais desafios permanecem nessa área?		
Acesso universal de fato: iniquidades regionais, além de problemas estruturais dos serviços de saúde e cenários locais políticos, são fatores dificultadores para o alcance do acesso universal.		

2. Seu país possui uma política ou estratégia para atender às necessidades adicionais de órfãos e outras crianças vulneráveis (OCV) em relação ao HIV?

Não

Em geral, como você avaliaria o esforço no sentido de suprir as necessidades dos órfãos e outras crianças vulneráveis em relação ao HIV em 2009?

2009

Ruim

Excelente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

O plano nacional para assegurar o direito à convivência familiar e comunitária contém algumas menções às crianças vivendo com HIV.

Quais desafios permanecem nessa área?

Os desafios são vários:

- Falta de informação no nível estadual e nacional sobre os números de crianças afetadas pelo HIV;
- Falta de informação sobre os tipos de violação de direitos sofridos por essas crianças e adolescentes;
- Falta de uma estratégia nacional que seja implementada de fato para assegurar o direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes vivendo com HIV que estão institucionalizadas;
- Falta de apoio psicossocial para crianças e adolescentes vivendo com HIV - foco somente nos aspectos médicos;
- Falta de uma política específica com opções para adolescentes institucionalizados depois dos 18 anos.

## PARTE B 2 - Organizações da Sociedade Civil

O presente formulário foi preenchido por um expressivo grupo de organizações da Sociedade Civil, mobilizadas a partir de diversos fóruns de articulação. As contribuições recebidas superaram expressivamente as relativas ao relatório anterior. Os representantes da Sociedade Civil no GT UNGASS consolidaram as respostas e a versão final do formulário foi validada durante reunião ordinária da Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais – CAMS.

NOTA (1): Foram recebidos e consolidados 26 questionários, respondidos por 37 Organizações da Sociedade Civil: Fóruns de ONG/Aids, Redes de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (PVHA), Associações, Movimentos Sociais e Ativistas. Das que responderam, quatro são da Região Sul (11%); três, da Região Sudeste (9%); 12, da Região Norte (32%); e 18, da Região Nordeste (48%) do Brasil. Não recebemos nenhum questionário da Região Centro-Oeste do país.

NOTA (2): Atualmente, segundo o cadastro da SCDH (Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos), do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, das Organizações da Sociedade Civil que tiveram e que têm projetos apoiados pelo Departamento, existem 447 delas na Região Sudeste (40%); 279 na Região Nordeste (25%); 164 na Região Sul (14%); 141 na Região Centro-Oeste (12%); e 104 na Região Norte (9%), totalizando 1.135 Organizações da Sociedade Civil no Brasil. Esse cadastro não foi utilizado como referência pelo Fórum UNGASS-Brasil no processo de convocação para responder ao questionário; não pode, portanto, servir como referência numérica para avaliar o percentual das respostas.

NOTA (3): É importante reforçar que algumas organizações que responderam a este questionário não estão relacionadas na lista do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Representantes de Instituições que colaboraram para o preenchimento do ICPN

Organização	Nome/Cargo	Entrevistados da Parte B [indique as seções sobre as quais cada qual foi entrevistado]			
		B.I	B.II	B.III	B.IV
GAPA/RS	Patrícia Werlang / Presidente; Carlos Duarte / Conselheiro da Instituição; Carla Almeida / Coordenadora de Projetos	X	X	X	X
Grupo Solidariedade é Vida	Wendel Alencar / Responsável pelas ações de Ativismo e Controle Social	X	X	X	X
RNP+/PI	Socorro Freitas / Diretora Executiva	X	X	X	X
Associação Grupo Ipê Amarelo pela Livre Orientação Sexual – GIAMA	Silvânio Mota	X	X	X	X
GAPA/PA	Francisco Rodrigues Santos / Coordenador Executivo	X	X	X	X
ABGLT	Toni Reis / Presidente	X	X	X	X
AGÁ e VIDA	Janete Alves da Silva / Presidente	X	X	X	X

ONG Juventude Nativa	Antonio Neto	X	X	X	X
Associação de Mulheres Madre Tereza de Calcutá da Amazônia Ocidental - AMATEC	Lidia Barbosa	X	X	X	X
AREDACRE	Leazar Haerdrich	X	X	X	X
Fórum de ONG/Aids das Alagoas	Julio Daniel Silva Faria	X	X	X	X
Fórum de ONG/Aids de Roraima	Sebastião Diniz	X	X	X	X
Fórum de ONG/Aids do Rio Grande do Sul	Rubens Raffo / Coordenador	X	X	X	X
GAPA/SP	José Carlos Veloso / Vice Presidente	X	X	X	X
GAPA/BA	Gladys Almeida Daiane Dultra Oséias Cerqueira Gláucia Luz Rosa Gonçalves	X	X	X	X
Grupo de Incentivo à Vida/GIV	Jorge Beloqui / Secretário	X	X	X	X
GRUPAJUS	Antonio Ernandes M.da Costa	X	X	X	X
Grupo Pela Vidda/RJ	Marcio Villard / Presidente	X	X	X	X
Nova Vida	Luis Augusto de O. Veiga	X	X	X	X
RNP+/RS	Jaime Queiroga Berdias / Representante Titular Estadual; Jose Helio Costalunga / Representante Suplente Estadual	X	X	X	X
RNP+/BA	Moysés Toniolo / Coordenador de DH	X	X	X	X
GRAB/CE	Adriano Caetano / Diretor	X	X	X	X
Fábrica de Imagens		X	X	X	X
Movimento Novo Sol		X	X	X	X
Associação Katiró	Fernando Nery Furtado	X	X	X	X
Gestos	Alessandra Nilo / Coordenadora de Programas; Jair Brandão Filho / Assistente de Programas; Josineide de Menezes / Assistente de Programas; Kariana Guérios / Advogada	X	X	X	X
Rede de Amizade e Solidariedade às Pessoas com HIV/Aids do Amazonas	Laurinha Brelaz / Presidente	X	X	X	X
ONG Internacional IS- Serviço Internacional	Leonardo Scalcione / Técnico de M&A	X	X	X	X
Missão Nova Esperança	Elizabeth de Fátima Ferreira da Silva	X	X	X	X
Espaço Vida: É Vida	Ilcéia Alves Soares/ Coordenadora	X	X	X	X
RNP+/PE	Roberto Brito/Ponto Focal Estadual Maria Bernadete/Representação Política	X	X	X	X
Casa de Amparo Social e Promoção Humana Herbert de Souza	Carlos Antonio Lins do Nascimento/Presidente	X	X	X	X
CENDHEC	Valéria Nepumaceno Teles Mendonça Coordenadora	X	X	X	X
GTP+	Wladimir Cardoso Reis / Coordenador; Josefa Severina da Conceição/ Educadora Social; Diana Eugracia / Assessora Jurídica; Sandra Cassiano Perez / Assessora Jurídica	X	X	X	X
Visão Mundial	Ivaldo Sales da Silva / Reverendo Anglicano do Cone Sul da América	X	X	X	X
SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia	Simone Ferreira/ Educadora	X	X	X	X



Miriam Fialho	Consultora de projetos e pesquisas e orientadora de trabalhos monográficos e de cursos de especialização	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Adriana Barcellos, representante do Movimento de Redução de Danos	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Antônio Pereira de Oliveira Neto, representante do Movimento Estudantil	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	José Hélio Costalunga de Freitas, Representante do Movimento de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+ Brasil)	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Julio Daniel e Silva Farias, Representante da Região Nordeste (Fórum ONG/Aids de Alagoas)	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Kátia Maria Braga Edmundo, Representante da Região Sudeste (Fórum de ONG/Aids do Rio de Janeiro)	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Maiquel Fouchy, Representante da Região Sul (Fórum de ONG/Aids do Rio Grande do Sul)	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Maria Noelci Teixeira Homero, Representante do Movimento de Mulheres	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Rejane Ferreira Soares (Negra Linda), Representante do Movimento Negro	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Antonio Ernandes Marques da Costa, Representante da Região Norte ( Fórum de ONG/Aids do Pará)	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	João Fabrício Nunes, Representante da Região Norte (Fórum de ONG/Aids do Amazonas)	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	José Raimundo Carvalho (Rafael Carvalho), Representante da Região Nordeste (Fórum de ONG/Aids da Bahia)	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Liorcino Mendes Pereira Filho (Léo 15 Mendes), Representante do Movimento Homossexual	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Roseli Macedo Silva, Representante do Movimento Popular	X	X	X	X
Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS)	Thiago Aquino de Araújo (Tathiane Araújo), Representante do Movimento de Travestis, Transexuais e Transgêneros	X	X	X	X

## I. DIREITOS HUMANOS

1. O Brasil possui legislação e regulamentos que protegem contra a discriminação as pessoas vivendo com HIV? (incluindo leis que disponham sobre a discriminação de forma geral ou que cite especificamente o HIV, enfocando aspectos relacionados a educação, habitação, emprego, atenção à saúde, etc.)

Sim

OBS: 25 responderam SIM; 01 respondeu NÃO

- 1.1 SE SIM, especifique se há menção específica ao HIV e quais são as disposições a respeito, ou se é uma disposição generalizada sobre a não discriminação:

A percepção da Sociedade Civil é de que há leis e portarias específicas, mas a criação dessas normas fica a cargo de cada estado ou município, a exemplo de São Paulo, onde vigora uma lei estadual que proíbe a discriminação, em qualquer ambiente, de

pessoas vivendo com HIV. Além de São Paulo, outros estados apontaram leis estaduais específicas, como: Lei nº 7556/2003 – Espírito Santo; Lei nº 12.595/1995 – Goiás; Lei nº 14.582/2003 – Minas Gerais; Lei nº 14.362/2004 – Paraná; Lei nº 3.559/2001 – Rio de Janeiro.

Foram citadas, também, algumas portarias interministeriais, como a Portaria Interministerial nº 796/1992 e a Portaria Interministerial nº 869/1992. Também foi mencionado o Conselho Federal de Medicina e seus pareceres nº 05/89 e nº 15/1997.

Por fim, foram lembrados, pelas organizações da Sociedade Civil, alguns tratados e convenções internacionais das quais o Brasil é signatário, como a Declaração Universal de Direitos Humanos; a Declaração UNGASS; o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos; a Convenção contra Todas as Formas de Discriminação; a Convenção nº 11/OIT; e a Convenção Interamericana de Direitos Humanos.

Além destes, citou-se também a Constituição Federal de 1988, Art. 7.

2. O Brasil possui leis ou regulamentos contra a discriminação que especificam formas de proteção para grupos sob maior risco e outras subpopulações vulneráveis?

Sim

OBS: 23 responderam SIM; 02 respondeu NÃO; 01 não respondeu

#### 2.1 SE SIM, para que grupos populacionais?

a. Mulheres (23 responderam SIM; 03 responderam NÃO)	Sim	
b. Jovens (15 responderam SIM; 06 responderam NÃO; 05 não responderam)	Sim	
c. Usuários de drogas injetáveis (07 responderam SIM; 11 responderam NÃO; 08 não responderam)		Não
d. Homens que fazem sexo com homens (20 responderam SIM; 01 respondeu NÃO; 05 não responderam)	Sim	
e. Profissionais do sexo (10 responderam SIM; 09 responderam NÃO; 07 não responderam)	Sim	
f. Presidiários (07 responderam SIM; 13 responderam NÃO; 06 não responderam)		Não
g. Populações migrantes / móveis (09 responderam SIM; 09 responderam NÃO; 08 não responderam)	Sim	Não
h. Outras [escrever quais] Negros/as, Pessoas Vivendo com HIV e Aids, Crianças e adolescentes, idosos	Sim	
Pessoas em situação de rua		Não

**SE SIM**, explique brevemente quais mecanismos existem para garantir que essa legislação seja implementada:

As organizações participantes responderam positivamente indicando leis e mecanismos de proteção dos direitos dessas populações.

Quanto às mulheres, foi citada a Lei “Maria da Penha” (Lei nº 11.340/2006, nacional), que prevê mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. É importante fazer referência à Convenção Interamericana para prevenir,

punir e erradicar a violência contra a mulher que aconteceu na cidade de Belém no Estado do Pará em junho de 1994, bem como intensificar os mecanismos em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos juntamente com a saúde integral das mulheres.

Em relação aos homossexuais, várias leis municipais e estaduais são apontadas; nesse sentido, é importante registrar que quase 100% dos municípios brasileiros e 11 dos 27 estados da Federação penalizam a discriminação por orientação sexual com leis específicas, estipulando penas diversas para quem descumpra a norma. No caso de estabelecimentos comerciais, as penas previstas são multa e cassação do alvará de funcionamento, e no caso de repartições públicas a pena é a abertura processo administrativo para funcionários públicos que discriminem homossexuais. No estado do Amazonas, a Lei estadual nº 3.079 traz uma diferença, pois pune quaisquer formas de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. No estado do Ceará, mais especificamente na capital do estado, Fortaleza, a lei se restringe aos estabelecimentos comerciais: a Lei municipal nº 8.211/98 proíbe a discriminação em decorrência da orientação sexual nesses estabelecimentos. A Constituição do estado do Pará também criminaliza a discriminação por orientação sexual. Também foi citada, nesse item, a Frente Parlamentar Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids e Sociedade Civil.

Além dessas leis e portarias, foram citados: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069/1990; o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003; a Constituição Federal de 1988 – Arts. 5º e 12; a Lei de Execução Penal - Lei nº 7.210/1984; a Lei de Criminalização do Racismo - Lei nº 7.716/1989; a Política de atenção integral voltada à população negra - Portaria GM nº 10, de 8 de janeiro de 2004; o Estatuto da Igualdade Racial – Lei nº 11.145/2008; a Convenção nº 111, da OIT; o Protocolo Adicional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Decreto Legislativo nº 56/1995; o Decreto da OIT nº 678/1992; a Lei nº 9.029/95, que proíbe “a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção”.

Quanto à população carcerária, apenas o estado do Rio de Janeiro informou ter conhecimento da criação de um decreto específico que dispõe sobre direitos para essa população, a saber, o Decreto nº 25.685/99, criado pelo governo Rio de Janeiro. O estado do Pará, por meio de ato da Superintendência do Sistema Penal, permite visita íntima aos presos/as que pertencem ao segmento LGBT.

Comente brevemente sobre o teor dessa legislação:

Item já contemplado acima.

Comente brevemente sobre o atual nível de implementação dessa legislação:

As organizações que participaram desta enquete percebem que, apesar de haver uma quantidade considerável de normas nos níveis internacional, Constitucional e infraconstitucional que versam sobre os direitos dessas populações, ainda há um

caminho longo a ser percorrido para a real efetivação dos mesmos. Para tanto, é necessário a conjugação da vontade política local com a sensibilização do judiciário; esses dois aspectos são considerados de fundamental importância para a efetivação dos direitos propostos nos dispositivos apontados.

3. O Brasil possui leis, regulamentos ou políticas que dificultam a efetiva prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV para as populações sob maior risco e outras subpopulações vulneráveis?

Não

OBS: 09 responderam SIM; 17 responderam NÃO.

### 3.1 SE SIM, para que subpopulações?

a. Mulheres (05 responderam SIM, 21 responderam NÃO)		Não
b. Jovens (08 responderam SIM, 16 responderam NÃO, 02 não responderam)		Não
c. Usuários de drogas injetáveis (08 responderam SIM, 17 responderam NÃO, 01 não respondeu)		Não
d. Homens que fazem sexo com homens (08 responderam SIM, 16 responderam NÃO, 02 não responderam)		Não
e. Profissionais do sexo (05 responderam SIM, 18 responderam NÃO, 03 não responderam)		Não
f. Presidiários (05 responderam SIM, 20 responderam NÃO, 01 não respondeu)		Não
g. Populações migrantes / móveis (06 responderam SIM, 18 responderam NÃO, 02 não responderam)		Não

**SE SIM**, descreva brevemente o teor dessa legislação ou políticas:

Apesar de, no ordenamento jurídico do país, não haver legislação ou regulamentos que dificultem a efetiva prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV para as populações sob maior risco e outras subpopulações vulneráveis, as organizações sociais questionam medidas como:

- A proibição de doação de sangue e hemoderivados por homossexuais, que é uma regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- As leis antientorpecentes, que inibem as ações de redução de danos. A legislação de repressão ao uso de drogas atrapalha as iniciativas de redução de danos junto a usuários de drogas, pois no código penal o porte de drogas é considerado crime.

Destacam, também, a ausência de políticas em relação ao enfrentamento da epidemia entre essas populações, pontuando que, em relação à população privada de liberdade, as questões relacionadas ao acesso aos insumos de prevenção e tratamento são disponibilizadas de forma não padronizada. O mesmo se verifica em relação às pessoas em situação de rua e/ou usuários de drogas, no que tange ao acesso aos serviços de saúde e assistência social. Por outro lado, em relação ao/as profissionais do sexo, sistematicamente, em alguns municípios existe a tentativa de normatização

e regulamentação da prostituição, baseada em políticas sanitaristas e de controle do corpo, com ênfase na testagem compulsória dessa população, muitas vezes pautada pela ética religiosa. Vale ressaltar o pouco investimento do governo na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, como política de saúde pública. Também há poucos recursos destinados às Organizações Não Governamentais (ONG) que atuam nessa área, quer seja na modalidade preventiva, quer seja na modalidade redução de danos. É importante frisar que há no Brasil duas correntes que se digladiam acerca da política das drogas: 1) a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, que dá ênfase à questão da Segurança Nacional, e 2) o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, que trata a questão pela ótica da redução de danos e direitos humanos.

Não existem leis ou políticas que dificultem, porém existem barreiras indiretas e diretas para o acesso ao tratamento e prevenção ao HIV/aids, principalmente nas escolas e nos presídios. Faltam profissionais capacitados nos sistemas prisionais e escolares. As práticas profissionais são conduzidas por valores morais pessoais e pelo senso comum. No caso das mulheres, a situação é complexa, pois a redução dos casos de infecção pelo HIV depende de ações voltadas para a sua saúde sexual e reprodutiva; no entanto, a saúde sexual e reprodutiva não depende apenas de ações dos serviços, mas também da autonomia das mulheres sobre seus corpos.

**Comente brevemente sobre como essa legislação/políticas representam barreiras:**

Os Planos de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST e o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da Aids e das DST entre Gays, Homens que fazem Sexo com outros Homens (HSH) e Travestis, como também o Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) ainda não estão funcionando na maioria dos estados brasileiros. A Sociedade Civil também informa pouco ou nenhum resultado do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas.

As ações voltadas para combater a exploração sexual de meninas estão contidas no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, sendo a atenção a essas meninas e suas famílias realizadas no âmbito do Projeto Sentinela. A implementação do plano ainda é limitada, existindo muito pouca divulgação e articulação com outros setores do governo, especialmente no que se refere à prevenção do HIV/aids.

4. A promoção e proteção dos direitos humanos é explicitamente mencionada nas políticas ou estratégias relativas ao HIV/aids?

Sim

OBS: 24 responderam SIM, 02 não responderam.

**SE SIM**, descreva brevemente a maneira como se faz menção aos direitos humanos nessa política ou estratégia sobre HIV:

A política de HIV incorpora os direitos humanos a partir de várias óticas, como, por exemplo: os Direitos Humanos das Pessoas Vivendo com HIV e Aids; o direito ao acesso universal aos serviços de saúde, de prevenção, atenção e tratamento do HIV/ aids; os direitos de populações específicas, conforme explicitados no Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis, e no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (mulheres e transexuais femininas). O respeito aos Direitos Humanos é um tema transversal de toda política pública brasileira.

Apesar de os gestores de níveis estaduais e municipais não priorizarem o uso da expressão “Direitos Humanos”, as políticas e estratégias de promoção relativas ao HIV/ aids apresentam os princípios dos Direitos Humanos em sua construção e execução.

5. Existe algum mecanismo de registro, documentação e tomada de providências em relação a casos de discriminação vivenciados por pessoas vivendo com HIV e aids, populações sob maior risco e/ou outras subpopulações vulneráveis?

Sim

OBS: 23 responderam SIM, 01 respondeu NÃO, 02 não responderam.

**SE SIM**, descreva brevemente esse mecanismo:

Alguns equipamentos, protocolos e mecanismos foram apontados e descritos, tais como a implantação de Delegacias da Mulher e de delegacias contra crimes discriminatórios; o registro e documentação das assessorias jurídicas das Organizações da Sociedade Civil; o ajuizamento de ações por parte das assessorias jurídicas; as denúncias ao Ministério Público (estadual e federal); as denúncias à ONU; os relatórios da Sociedade Civil sobre os Pactos Internacionais (PIDESC, CEDAW, PIDCB e outros).

Os projetos de assessoria jurídica financiados pelo Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais possuem uma ferramenta que possibilita o registro dos casos de discriminação que ocorrem no país.

Outro mecanismo citado e que foi implantado em 2007 é o “Banco de Dados sobre Violações dos Direitos Humanos em HIV/Aids” que permite a coleta e aferição de situações em que os direitos de populações mais vulneráveis foram violados. Isso permite um mapeamento dos locais onde ocorrem mais problemas de discriminação, possibilitando que políticas públicas específicas sejam orientadas na tomada de medidas para sanar estas situações.

Finalmente, mencionou-se outro mecanismo, nesse caso mais concernente à participação da sociedade na discussão das políticas, que é o Seminário Nacional de Direitos Humanos e Aids, com duas edições já realizadas, em 2007 e 2008. Durante o Seminário, elaboram-se relatórios visando orientar as políticas públicas nacionais e realizam-se outros eventos de cunho amplo e participativo, que mobilizam

nacionalmente diversos segmentos interinstitucionais e intersetoriais para a discussão do enfrentamento da epidemia e do combate ao estigma.

6. O Governo, por meio de apoio político e financeiro, tem envolvido pessoas vivendo com HIV, as populações sob maior risco e/ou outras subpopulações vulneráveis no desenvolvimento das políticas em HIV e na implementação de programas?

Sim

OBS: 25 responderam SIM, 01 respondeu NÃO.

**SE SIM**, descreva alguns exemplos:

O governo brasileiro tem apoiado política e financeiramente várias iniciativas da Sociedade Civil. Como exemplos, foram citados:

- O apoio financeiro a projetos desenvolvidos em rede envolvendo Pessoas Vivendo com HIV/Aids e populações mais vulneráveis;
- O apoio financeiro a ações de prevenção durante as Paradas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT);
- O apoio financeiro a projetos de Organizações da Sociedade Civil (OSC) objetivando a promoção de assessoria jurídica para Pessoas Vivendo com HIV/Aids;
- O apoio político para o fortalecimento das redes sociais de apoio a pessoas soropositivas: Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas;
- O apoio ao fortalecimento da Rede Nacional de Jovens com HIV e da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids.

Esse apoio também se dá mediante os editais de seleção de projetos voltados para ações de Pessoas Vivendo com HIV e Aids e populações sob maior risco e vulneráveis, bem como a inclusão de Pessoas Vivendo com HIV e Aids e populações sob maior risco em seus quadros técnicos.

Também se mencionou a elaboração, ainda que incipiente, de programas e pactos nacionais como, por exemplo, o Programa Brasil sem Homofobia; o Plano Nacional de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST; Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros HSH e Travestis.

Finalmente, tem-se o apoio a eventos de fortalecimento de redes, além de pactuação nos Planos de Ações e Metas de DST e Aids.

No entanto, as organizações apontam a falta de políticas claras para ribeirinhos, indígenas e pessoas em situação de rua. Há de se ressaltar que o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais necessita encontrar fórmulas para fortalecer o repasse de recursos para as ONG da Região Norte do Brasil, pois se trata uma região com baixa cobertura, para a qual, nas últimas chamadas, não houve qualquer projeto aprovado; urge, portanto, encontrar estratégias para resolver esse hiato.

## 7. O Brasil possui uma política de serviços gratuitos em:

a. prevenção ao HIV?	Sim
b. tratamento antirretroviral?	Sim
c. intervenções de atenção e apoio em HIV?	Sim

**SE SIM**, mas havendo limitações de recursos, descreva brevemente que passos estão sendo dados para implementar essas políticas, e inclua informações sobre eventuais restrições ou barreiras ao acesso às mesmas por diferentes populações:

As limitações de recursos têm ocorrido em função da política de descentralização do SUS (Sistema Único de Saúde) do nível federal para os níveis estaduais e municipais, no sentido de estes últimos investirem insuficientemente ou não investirem em ações voltadas para as populações sob maior risco/mais vulneráveis.

No Brasil, o SUS é o responsável pelo atendimento às Pessoas Vivendo com HIV/Aids, em serviços onde o/a usuário/a recebe o tratamento e medicamentos que são custeados pelos impostos pagos pelo povo brasileiro; porém, o financiamento do SUS ainda é um desafio.

As leis de proteção intelectual sobre os medicamentos seguem a lógica de mercado. A Lei Federal nº 9.313/96 garante o acesso gratuito aos medicamentos antiretrovirais; o governo, além disso, implantou um sistema de controle de notificação de casos de aids e dispensação de medicamentos que possibilita estimar a quantidade necessária destes e prover orçamento de acordo.

Existe uma política clara em nível nacional; porém, há barreiras para a execução dessa política em vários estados e municípios. Um exemplo é a pactuação feita pelos estados e municípios para o fornecimento de medicamentos para Infecções Oportunistas e DST, que, na maioria desses estados e municípios, não é cumprida.

Em muitos estados, os serviços estão centralizados nas capitais, dificultando o acesso universal nos municípios menores. Nota-se a ausência de uma política de incentivo à geração de trabalho e renda para Pessoas Vivendo com HIV e Aids. Quanto ao tratamento antiretroviral, a fome ainda é um grande dificultador, não havendo nenhuma perspectiva de políticas de inclusão social ou de amparo social para as pessoas em tratamento (conforme reportado pelo estado do Maranhão – Região Nordeste do Brasil).

A população enfrenta diversos tipos de barreiras para o acesso às ações de DST/aids no país, em virtude do tamanho do país e da forma como são conduzidas as políticas locais. Há a barreira espacial da distância dos serviços (país continental), principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do país. Como barreiras institucionais, citam-se: a baixa incidência de serviços especializados criados a partir de critérios epidemiológicos atualizados; o baixo índice de capacitação em humanização dos profissionais (principalmente sobre públicos mais vulneráveis); discriminação dentro do serviço



(p. ex., não uso do nome social para travestis e transexuais, preconceito em relação a Pessoas Vivendo com HIV e Aids); pouca inclusão e participação de usuário/as em conselhos gestores nos serviços de saúde; falta de insumos de prevenção à disposição da população em postos de saúde locais. Há também barreiras discriminatórias, como o estigma que leva pessoas a fazerem tratamento em outros municípios por medo do preconceito em sua própria localidade. Menciona-se, ainda, a falta de serviços não pactuados nos municípios, o que leva a população à procura desses serviços em capitais ou grandes centros urbanos. E, por fim, mesmo após três décadas de epidemia, ainda há profissionais de saúde que se recusam a atender populações mais vulneráveis ou afetadas pela aids nos serviços (médicos, dentistas, cirurgiões, ginecologistas, entre outros). Nesse particular, as populações vivendo em situação de rua são as mais prejudicadas, bem como os usuários de álcool e outras drogas, para os quais não se dispõe de hospital dia para atendimento emergencial em crises de abstinência; como resultado, os mesmos acabam sendo atendidos em hospitais psiquiátricos, como se loucos fossem.

8. O Brasil possui uma política que garanta igualdade de acesso à prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV tanto para mulheres quanto para homens?

Sim

OBS: 23 responderam SIM, 02 responderam NÃO, 01 não respondeu.

- 8.1 Especificamente, seu país tem uma política que garanta o acesso das mulheres a serviços de prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV fora do contexto da gravidez e parto?

Sim

OBS: 22 responderam SIM, 03 responderam NÃO, 01 não respondeu.

Por meio de convênios com agências nacionais e internacionais, o governo, em seus três níveis de gerência (federal, estadual e municipal), vem tentando garantir aportes financeiros para ações de saúde sexual e reprodutiva, especialmente na interface com a infecção pelo HIV. Assim, existem aportes financeiros e políticos para o trabalho com alguns grupos de mulheres em situação de maior vulnerabilidade, como as profissionais do sexo, mulheres HIV+, mulheres lésbicas, mulheres negras, afrodescendentes, indígenas e ciganas<sup>2</sup>. A orientação na Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres<sup>3</sup> é de que as ações de saúde devem buscar incluir essas mulheres, tanto no acesso a cuidados quanto nos processos de tomada de decisão. Na prática, isso ocorre com maior ou menor sucesso a depender do(a) gestor(a) local. Conforme a

<sup>2</sup> Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher. MS, SAS. Brasília, 2005

<sup>3</sup> Gabriela Leite, Rede Nacional de Prostitutas, comunicação pessoal

região ou o serviço, existem diversas barreiras. Para mulheres prostitutas, por exemplo, nota-se um olhar dos serviços de saúde que se volta apenas para questão sexual e o risco de transmissão de doenças, sem levar em conta a saúde integral da mulher. Para as mulheres privadas de liberdade, fazer uso da terapia antirretroviral pode ser uma porta para a discriminação, além da dificuldade de acesso a esses ou quaisquer outros medicamentos e insumos de prevenção. Nesse quesito, há necessidade de atenção às mulheres que têm um único parceiro, entre as quais vem aumentando a infecção pelo HIV, pois as mesmas pouco acessam esses serviços, quer seja pelo autoritarismo do marido, quer seja por não se sentirem contempladas em nenhuma categoria. Outro fato a chamar atenção é a baixa atenção à saúde do homem heterossexual, que ainda é uma política tímida, pois essa população não tem o hábito de procurar a unidade de saúde.

9. O Brasil possui uma política que garanta igualdade de acesso à prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV para as populações sob maior risco e/ou outras subpopulações vulneráveis?

Sim

OBS: 22 responderam SIM, 04 responderam NÃO.

**SE SIM**, explique brevemente o conteúdo dessa política:

A Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde - SUS asseguram esse acesso, pois a política está garantida nos princípios deste último. O Sistema de Saúde público é gratuito, estendendo o acesso universal a todas as pessoas, em todos os níveis de complexidade (Lei nº 8.080/90). Por isso, muitos planos foram criados no sentido de detalhar esses direitos, como é o caso do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis e do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (mulheres e transexuais femininas).

Foi ressaltada a criação, em 1986, do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, que desde então conduz e executa a política de enfrentamento da aids. Quanto aos antirretrovirais, o acesso universal está garantido desde 1996 pela Lei nº 9.313/1996 (Lei do Acesso Universal).

Destacou-se também o fato de as várias unidades do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais desenvolverem ações direcionadas para mulheres. Além disso, existe uma pessoa especificamente encarregada de articular ações junto à população feminina. Na área técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (MS) também há uma pessoa designada para trabalhar na interface com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Dentro do Departamento existe uma coordenação específica para DST, cujo foco prioritário, hoje, é a redução da sífilis congênita.

A política de Saúde Sexual e Reprodutiva está contemplada parcialmente na Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM) e na inserção de temas de Saúde Sexual e Reprodutiva nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). No entanto, como será melhor visto adiante, as ações do PAISM são prioritariamente voltadas à

assistência em saúde reprodutiva, e a sua realização depende do gestor. Os PCN, ao situarem as questões de Saúde Sexual e Reprodutiva como temas transversais, não asseguram a sua efetiva incorporação nos currículos. Ademais, sua cobertura é restrita ao jovem que está nas escolas. A Secretaria Especial de Políticas para Mulheres lançou, em 2007, o Plano Integrado de Enfretamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, a ser executado a partir de parceria com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e a Área Técnica de Saúde da Mulher. No momento, esse plano ainda não está regularmente implementado no país.

A legislação brasileira é bastante restritiva em relação ao aborto, e recentemente vem crescendo a influência das posições mais conservadoras sobre a opinião pública. Independentemente de qualquer avanço identificado nas políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a restrição ao direito de interrupção voluntária de uma gravidez é considerada como um indicador importante de negligência com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Outro fato é que, embora seja afirmada na política de saúde, a prevenção ainda está muito dirigida ou muito centralizada nas tendências atuais da epidemia da aids, enfocando os seguintes grupos sociais: mulheres, LGBTT, jovens, PVHA, usuários de drogas e populações interioranas. No entanto, é necessário que haja uma ampliação da política de prevenção.

Finalmente, embora exista uma política baseada nos princípios da igualdade e equidade de acesso, os serviços públicos apresentam dificuldades e precariedade para atender à clientela de adolescentes, jovens, negros e população LGBT. Especificamente em relação à população de travestis e transexuais, foram destacadas as muitas dificuldades de acesso aos serviços, devido à falta de capacitação e humanização dos profissionais de saúde. Ainda existe muita discriminação e preconceito em relação à população de travestis e transexuais.

**9.1 SE SIM**, essa política inclui várias abordagens diferentes para garantir o acesso igual para as diversas populações sob maior risco e/ou outras subpopulações vulneráveis?

Sim

OBS: 20 responderam SIM, 04 responderam NÃO, 02 não responderam.

**SE SIM**, explique brevemente os diferentes tipos de medidas que visam garantir o acesso igual para populações diferentes:

O Sistema Único de Saúde, a partir dos seus princípios de equidade e universalidade, assegura acesso igual para toda a população em todos os níveis de assistência, como está garantido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, inclusive para a população de usuários/as de álcool e outras drogas.

10. O Brasil possui uma política que proíba a testagem para HIV para fins relacionados ao emprego (recrutamento, designação/alteração de cargo, contratação, promoção, demissão)?

Sim

OBS: 21 responderam SIM, 04 responderam NÃO, 01 não respondeu.

Embora exista legislação específica que proíbe tais abusos, ainda se constata, em editais de seleção para concursos públicos, a exigência de testagem para o HIV como um pré-requisito. Um exemplo disso é o edital para ingresso no Colégio Militar da cidade de Salvador e para a Polícia Militar do estado da Bahia.

11. O Brasil possui uma política para garantir que os protocolos de pesquisas em HIV em seres humanos sejam analisados e aprovados por um comitê de ética local ou nacional?

Sim

OBS: 26 responderam SIM.

- 11.1 SE SIM, o comitê de ética inclui representantes da Sociedade Civil, inclusive pessoas vivendo com HIV?

Sim

OBS: 19 responderam SIM, 03 responderam NÃO, 04 não responderam.

**SE SIM**, descreva a abordagem utilizada por esse comitê e sua efetividade:

No país, os comitês de ética em pesquisa são regulamentados pela Comissão de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196), que prevê a participação de representantes de usuários em todos os comitês de ética como exigência para existência dos mesmos.

12. O Brasil possui os seguintes mecanismos de monitoramento e garantia dos direitos humanos?

- Existência de instituições nacionais independentes para a promoção e proteção de direitos humanos, incluindo comissões de direitos humanos, comissões para reforma da legislação e ouvidores que lidam com questões de HIV no seu trabalho.

Sim

OBS: 20 responderam SIM, 04 responderam NÃO, 02 desconhecem.

- Pontos focais dentro dos departamentos do governo que trabalham com saúde e outras áreas, para monitorar violações de direitos humanos em relação ao HIV e discriminação também ligada ao HIV em áreas como habitação e emprego.

Sim

OBS: 13 responderam SIM, 10 responderam NÃO, 01 não respondeu, 02 desconhecem.

- Indicadores desempenho ou marcos para o cumprimento de normas de direitos humanos, no contexto dos esforços relativos ao HIV.

Sim

OBS: 12 responderam SIM, 11 responderam NÃO, 01 não respondeu, 02 desconhecem.

**SE SIM** em qualquer dos itens acima, descreva alguns exemplos:

Há no Brasil muitas instituições nacionais independentes e redes que congregam Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV e Aids, como, por exemplo, a RNP+, as Cidadãs Posithivas, a Rede de Jovens com HIV, as Articulações e Fóruns de ONG/Aids, entre outras.

Destacam-se também as associações nacionais que reúnem lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, como, por exemplo, a ABGLT (Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais), a ABRAGAY (Associação Brasileira de Gays), a ANTRA (Associação Nacional de Travestis), a Liga Brasileira de Lésbicas, entre outras.

Existem, ainda, as organizações de profissionais do sexo, que criaram nacionalmente a Rede Brasileira de Prostitutas.

Com relação aos usuários de drogas, tem-se a ABORDA (Associação Brasileira de Redução de Danos) e a REDUC (Rede de Redução de Danos), que atuam com a questão da redução de danos, buscando incidir sobre a política nacional referente ao uso de drogas, incluindo a relação com o HIV e a aids.

Há uma forte organização das mulheres em associações e redes nacionais que têm tratado cada vez mais da feminização da aids.

Para o monitoramento e garantia dos Direitos Humanos, a população pode contar com a Ordem dos Advogados do Brasil, que possui uma comissão de Direitos Humanos, e também com o Ministério Público, que da mesma forma possui promotoria específica para tratar do tema. Ressalte-se também a presença de Comissões de Direitos Humanos na maioria dos estados brasileiros.

Além destes, foram citados o Fórum UNGASS-Aids Brasil, o Monitoramento do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC e o Committee on the Elimination of Discrimination Against Women - CEDAW.

13. Nos últimos 2 anos, membros do Judiciário (incluindo cortes e tribunais do trabalho) foram treinados ou sensibilizados em relação às questões de direitos humanos em HIV e aids que poderão surgir no decorrer nos seus trabalhos?

Sim

OBS (1): 15 responderam SIM, 06 responderam NÃO, 04 não responderam, 01 desconhece.

OBS (2): É importante salientar que essas iniciativas são pontuais e restritas a ações da Sociedade Civil, não atingindo a totalidade do judiciário. A discussão sobre a criminalização da transmissão do HIV pautada no Superior Tribunal Federal é um exemplo das distorções e contradições existentes no judiciário sobre o tema.

14. Os seguintes serviços de assistência jurídica são disponibilizados em seu país?

- Sistemas legais de auxílio em ações envolvendo HIV e aids.

Sim

OBS: 21 responderam SIM, 03 responderam NÃO, 01 não respondeu, 01 desconhece.

- Firmas de advocacia do setor privado ou escritórios-modelo de universidades que forneçam serviços jurídicos gratuitos ou de baixo custo para as pessoas vivendo com HIV.

Sim

OBS (1): 16 responderam SIM, 08 responderam NÃO, 01 não respondeu, 01 desconhece.

OBS (2): Iniciativas existentes apenas em alguns estados. Ex: Bahia

- Programas de educação e conscientização para as pessoas vivendo com HIV sobre seus direitos.

Sim

OBS (1): 20 responderam SIM, 04 responderam NÃO, 01 não respondeu, 01 desconhece.

OBS (2): No que se refere ao/as usuários/as de álcool e outras drogas, os serviços são oferecidos por organizações da Sociedade Civil.

15. Existem programas em funcionamento para reduzir a discriminação e estigmatização associadas ao HIV?

Sim

OBS: 20 responderam SIM, 06 responderam NÃO.

SE SIM, que tipo de programas?

Mídia (14 responderam SIM, 11 responderam NÃO, 01 não respondeu)	Sim
Educação nas escolas (16 responderam SIM, 10 responderam NÃO)	Sim
Pronunciamentos regulares de pessoas de destaque (12 responderam SIM, 11 responderam NÃO, 03 não responderam)	Sim
Outros: Direitos Humanos para Sociedade Civil e Planos Programáticos de agências da cooperação internacional em HIV/aids e Saúde Sexual e Reprodutiva; ações de <i>advocacy</i> e incidência política.	Sim

Em geral, como você avaliaria as políticas, leis e regulamentos existentes para promover e proteger os direitos humanos em relação ao HIV e Aids em 2009?											
2009	Ruim									Excelente	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área:											
As organizações pontuaram os seguintes avanços: 1) a veiculação de campanhas periódicas nos meios de comunicação e 2) a criação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).											
Além desses, foi enfatizado o fato de que o governo brasileiro tem colocado em discussão planos de enfrentamento da epidemia entre diversos segmentos: HSH, mulheres, adolescentes, usuários de drogas.											
Quais desafios permanecem nessa área?											
O primeiro desafio apontado é a implementação desses programas em sua totalidade. O segundo grande desafio é a efetivação das muitas legislações vigentes no campo do HIV, bem como a otimização dos recursos públicos e privados nessa efetivação.											
Outro desafio, bastante atual, pontuado pelas organizações, está relacionado à criminalização da transmissão do HIV e à garantia da equidade nos serviços públicos.											
Por mais que existam leis que garantam a não discriminação no ambiente de trabalho, a efetivação dessas constitui um desafio, no que o próprio MPT (Ministério Público do Trabalho) encontra dificuldade. Contraditoriamente, os direitos aos benefício/as previdenciário/as (aposentadoria, auxílio-doença) tem sido restringidos entre as Pessoas Vivendo com HIV e Aids.											

A criação e veiculação de campanhas educativas foram apontadas pelas organizações como um avanço; porém, permanecem alguns desafios referentes ao tema, como, por exemplo, a eventualidade de campanhas de prevenção das DST/ aids dirigidas a jovens, tanto por iniciativa do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais quanto dos programas estaduais e municipais de DST e Aids; tais campanhas, além de serem esporádicas e pontuais, carecem de uma avaliação regular<sup>5</sup>. Além disso, a dimensão geográfica do país e as diferenças culturais são importantes desafios para o desenvolvimento de ações educativas de caráter nacional, aspectos que devem ser considerados. Por julgarem de fundamental importância essas ações, as organizações advertem, ano a ano, que o governo federal tem investido cada vez menos em ações de comunicação sobre aids, e os estaduais e municipais menos ainda.

Outro desafio apontado versa sobre serviços de orientação sexual por telefone e sites, governamentais e não governamentais, dirigidos às mulheres jovens, os quais não costumam estar disponíveis em finais de semana e feriados, tampouco das 18hs às 08hs, reduzindo a possibilidade de acesso.

Por fim, foi apontada como um grande desafio a criação da Lei Nacional de Redução de Danos para usuários de drogas, como uma política de estado efetiva para esse segmento.

Em geral, como você avaliaria o esforço para garantir o cumprimento das políticas, leis e regulamentos existentes em 2009?

2009	Ruim	Excelente
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

O principal avanço foi a criação da Lei nº 12.008, de julho de 2009, que dá prioridade aos processos das Pessoas que Vivem com HIV/Aids, produzindo um impacto positivo nos programas de apoio jurídico criados pelas organizações e Redes de Pessoas Vivendo com HIV e Aids.

Outras conquistas apontadas pelas organizações são a implantação do passe livre no transporte, que impacta nos cuidados e tratamento das pessoas soropositivas, além do acesso à forma láctea para o recém nascido e a criação da frente parlamentar de DST e Aids no legislativo.

Foi destacado, também, o esforço para efetivar a política de descentralização da saúde. Por fim, algumas organizações pontuaram que há melhorias no serviço público de saúde, principalmente com relação à distribuição de medicamentos, que de um ano para cá tem melhorado. Além disso, foi citada a efetivação do direito das Pessoas Vivendo com HIV e Aids a terem acesso ao Metacrilato no caso de lipodistrofia.

<sup>5</sup> Contreras, Feres Wildney- UNIP/SP. Comunicação pessoal.



Quais desafios permanecem nessa área?

Um dos principais desafios apontados é o cumprimento das pactuações pelos estados e municípios. Outro fato apontado como desafio é fazer com que os programas e legislações atendam às especificidades regionais.

Há, ainda, a questão da participação cidadã. As organizações pontuam que a execução dos programas institucionais previamente definidos e delineados pelo governo não têm ampla participação da Sociedade Civil, retirando das organizações certa governabilidade necessária tanto para o delineamento de ações quanto para a gestão de recursos. Outro aspecto é que a execução de programas governamentais por meio de organizações da Sociedade Civil deve pressupor garantias de segurança para programas com interface de situações potencialmente violentas, além de garantias trabalhistas. Em muitos programas, o governo não pressupõe pagamento de encargos sociais básicos, colocando as organizações em situação de vulnerabilidade frente aos órgãos de fiscalização e justiça.

Também foi posta como questão fundamental a necessidade de um amplo debate sobre a criminalização da transmissão do HIV.

Além desses aspectos, foi pontuado como desafio a garantia da equidade nos serviços públicos; por mais que existam leis que garantam a não discriminação no ambiente de trabalho, a efetivação dessas constitui um desafio. O próprio MPT tem dificuldades na efetivação dessas leis. Também se apontou como uma contradição a esse fato a restrição dos direitos e benefícios previdenciários (aposentadoria, auxílio-doença) para as pessoas que vivem com HIV/aids.

## II. PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL<sup>6</sup>

1. Em que medida a Sociedade Civil tem contribuído para o fortalecimento do compromisso político dos principais líderes e para a formulação de estratégias/políticas nacionais?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

### Comentários e exemplos:

A contribuição da Sociedade Civil nesse âmbito se dá mediante a organização em Fóruns Estaduais de ONG/Aids e redes nacionais, além da participação em instâncias de controle social (comissões municipais e estaduais de aids, conselhos municipais, estaduais de saúde e conselho nacional de saúde) e comissões consultivas do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CAMS – Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais, CNAIDS - Comissão Nacional de Aids).

<sup>6</sup> A Sociedade Civil inclui, entre outros: redes de pessoas vivendo com HIV; organizações de mulheres; organizações de jovens; organizações religiosas; organizações que trabalham com aids; organizações de base comunitária; organizações dos principais grupos afetados (incluindo homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, migrantes, refugiados, populações em deslocamento, presidiários); organizações de trabalhadores, organizações de direitos humanos; etc. Para os fins do ICPN, o setor privado é considerado separadamente.

As organizações da Região Norte destacam, por exemplo, que os trabalhos na área de redução de danos estão sendo executados em sua maior parte pela Sociedade Civil.

Foram citados como exemplos de participação da Sociedade Civil:

- O monitoramento e participação nas ações do Plano de Ações e Metas (política de descentralização);
- A formulação de estratégias no Encontro Nacional de ONG/Aids, nos Encontros Regionais de ONG/Aids e nos Encontros Estaduais de ONG/Aids;
- A Construção dos Encontros Estaduais, Regionais e Nacional de Redes de Pessoas Vivendo com HIV e Aids para formulação de estratégias visando a garantia de direitos.

Além desses, cita-se a participação de organizações em conselhos e comissões e no monitoramento dos Pactos Internacionais, como, por exemplo, o CEDAW, o PIDESC e a UNGASS.

Um aspecto ponderado pelas organizações é o fato de que, quando a Sociedade Civil é chamada a participar, propõe bastante, mas não consegue ver, na execução da política, um reflexo de muitas das observações feitas durante a ocorrência desses eventos, como, por exemplo, na implementação das deliberações das Conferências e Planos Plurianuais.

Existe um esforço da Sociedade Civil para participar na formulação de políticas nas comissões e conselhos de diversas áreas. Mas ainda faltam mais capacitação e estruturação do próprio movimento social para responder proativamente a esses processos e consultas.

2. Em que medida os representantes da Sociedade Civil têm participado dos processos de planejamento e orçamento do Plano Estratégico Nacional de HIV e Aids ou do plano das atividades ora em curso (p. ex., participação em reuniões de planejamento, revisão de versões preliminares)?

Baixa				Alta	
0	1	2	3	4	5

Comentários e exemplos:

É constatado pelas organizações que a Sociedade Civil tem participado da construção dos Planos de Enfrentamento da Epidemia de Aids e dos processos de consulta pública.

Também foi pontuado que os movimentos sociais são ouvidos em proposições, consultorias e deliberações como, por exemplo, no âmbito da CNAIDS (Comissão Nacional de DST e Aids), da CAMS (Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais) e outros espaços. No entanto, existe pouca interlocução ou chamamento

do governo para discutir a política de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Além disso, as organizações acusam desconhecer a participação da Sociedade Civil na definição orçamentária do Plano Estratégico Nacional de HIV e Aids, mesmo que a Sociedade Civil esteja participando dos conselhos de saúde em níveis municipais, estaduais e federal. Ademais, as organizações também destacam que essa participação nem sempre significa que as questões levantadas pela Sociedade Civil sejam consideradas efetivamente na hora de formulação das políticas.

Por fim, as organizações chamam a atenção para o fato de que, do ponto de vista de estados e municípios, a participação maior ou menor da Sociedade Civil depende muito do gestor local.

Neste item, vale ressaltar o grande problema da coinfeção entre tuberculose e HIV (TB/HIV), por ser a tuberculose um programa fechado, com baixa participação da Sociedade Civil. Por um lado, está-se incentivando a Sociedade Civil a trabalhar a tuberculose, mas, por outro, não há aporte de recursos para esse trabalho. Os próprios recursos oriundos do programa do Fundo Global são insuficientes para essa ação. O orçamento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tampouco tem recursos disponíveis para repasse às OSC que trabalham com a coinfeção TB/HIV.

3. Em que medida os serviços oferecidos pela Sociedade Civil nas áreas de prevenção, tratamento, atenção e apoio em HIV estão incluídos:

a. Na estratégia nacional de Aids?



b. No orçamento nacional?



c. Nos relatórios nacionais sobre Aids?



Comentários e exemplos:

Conforme mencionado acima (Parte I, pergunta 7), a política de descentralização do SUS tem levado a investimentos locais insuficientes em ações voltadas para populações mais vulneráveis. O Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais ainda mantém editais de nível regional e nacional principalmente para ações em rede e eventos.

Nos últimos anos, algumas ações e recursos voltados para populações específicas, como a de usuários de drogas, tem diminuído bastante, por falta de apoio governamental.

Ainda assim, as ações da Sociedade Civil não são contempladas nas estratégias e nos relatórios nacionais; no caso do orçamento, existe uma inexistência de relação direta entre as ONG e as fontes financiadoras.

Outro aspecto a ser observado diz respeito à linha de financiamento adotada para execução do orçamento nacional no campo da seleção de projetos da Sociedade Civil voltados para a prevenção, atenção e apoio em HIV/aids. Nesse âmbito, embora haja foco no apoio às redes sociais, verificam-se: 1) priorização de algumas pautas em detrimento de outras sem consulta à Sociedade Civil; e 2) tendência à tutela das organizações brasileiras a escritórios locais de agências norte-americanas, baseados na conformação de redes sociais/temáticas para execução dos projetos financiados. Além disso, a preconização do modelo de financiamento dos projetos em rede pode pressupor uma homogeneidade na linha de atuação, inserção política e capacidade técnica gerencial das organizações, minimizando as especificidades organizacionais, locais e regionais.

Falta sensibilização do setor privado em relação à parceria com o setor comunitário.

O último edital em que o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais liberou recursos para a formação de redes não fortaleceu as redes já existentes e tampouco criou novas. Na verdade, funcionou como um instrumento de enfraquecimento dos organismos já existentes.

4. Em que medida a Sociedade Civil está incluída no monitoramento e avaliação (M&A) da resposta ao HIV:

a. No desenvolvimento do plano nacional de M&A?



b. Na participação no comitê/grupo de trabalho nacional responsável pela coordenação das atividades de M&A?



c. Nos esforços locais de M&A?



### Comentários e exemplos:

No âmbito federal, a participação da Sociedade Civil no Monitoramento e Avaliação está bem adiantada, deixando a desejar, entretanto, nas coordenações locais (estados e municípios). Também há pouca participação no M&A dos Planos e Ações de Metas, junto aos conselhos de saúde e junto às coordenações de DST/Aids.

As organizações da Sociedade Civil não têm estrutura para manter atividades permanentes.

No que tange ao contexto local, não há políticas de monitoramento e avaliação tanto no âmbito municipal quanto estadual. Assim sendo, a participação da Sociedade Civil resume-se ao parecer do Plano de Ações e Metas Estadual emitido pelo Conselho Estadual de Saúde. Nos poucos espaços de monitoramento e avaliação, as proposições da Sociedade Civil não são acatadas pelos órgãos governamentais. A Sociedade Civil trabalha junto aos conselhos e comissões esforçando-se para avaliar as políticas públicas vigentes. No entanto, não existem dados qualitativos que sirvam de base para avaliar e monitorar o impacto das políticas locais no enfrentamento da epidemia.

O M&A ainda é um desafio para a Sociedade Civil e o setor governamental. Embora exista a idéia da importância desta atividade, poucas ações são implementadas em parceria com a Sociedade Civil.

O Estado conta com diversos sistemas de coleta de dados e monitoramento nas suas diferentes ações, nem todos compatíveis entre si, ou com cobertura e periodicidade semelhantes. Isso dificulta o trabalho da Sociedade Civil, que muitas vezes não consegue obter e analisar com propriedade as informações necessárias para sugerir aos gestores locais ações mais efetivas no enfrentamento da epidemia. É necessário um esforço contínuo, por parte do governo, no sentido de apoiar a Sociedade Civil para um melhor desempenho das suas ações de controle social, visando, inclusive, aprimorar a sua contribuição nos espaços formais já existentes de participação comunitária, em especial os conselhos de saúde (municipal, estadual e nacional).

A irregularidade nos repasses dos recursos do Plano de Ações e Metas de DST e Aids estadual/municipal para a Sociedade Civil (10%), ou de editais do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais, deixa um hiato muito grande nas ações, posto que, não havendo repasse de recursos à Sociedade Civil, não há como executar suas atividades.

5. Em que medida a diversidade da Sociedade Civil está representada na participação nos esforços em HIV/Aids (ex.: redes de pessoas vivendo com HIV, organizações de profissionais do sexo, organizações religiosas)?

Baixa						Alta
0	1	2	3	4	5	

Comentários e exemplos:

No nível federal existem várias comissões onde se concentram esforços para o combate à epidemia com a participação da Sociedade Civil em sua diversidade. Porém, nos níveis locais (estados e municípios), essa participação varia de acordo com a política atual dos governos que, em muitos casos, impedem a participação da Sociedade Civil.

6. Em que medida a Sociedade Civil pode acessar:

a. apoio financeiro adequado para implementar suas ações em HIV?

Baixa				Alta	
0	1	2	3	4	5

b. apoio técnico adequado para implementar suas ações em HIV?

Baixa				Alta	
0	1	2	3	4	5

7. Que porcentagem dos seguintes programas e serviços em HIV e aids estima-se que sejam prestados pela Sociedade Civil?

Prevenção para os jovens	<25%
Prevenção populações sob maior risco	
- UDI	<25%
- HSH	25-50%
- Profissionais do sexo	25-50%
Aconselhamento e testagem	<25%
Redução do estigma e da discriminação	>75%
Serviços clínicos (IO/TARV)*	<25%
Atenção domiciliar terapêutica	<25%
Programas para as OCV**	<25%

\* IO: Infecções oportunistas/TARV: terapia antirretroviral

\*\* OCV: Órfãos e outras crianças vulneráveis

**OBS.** Devem ser incluídas neste quesito as pessoas afetadas pela coinfeção TB/HIV, que são altamente vulneráveis.

Em geral, como você avaliaria o esforço para aumentar a participação da Sociedade Civil em 2009?

2009	Ruim	Excelente
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área:

Participação nas consultas públicas e na discussão dos planos de enfrentamento da aids para segmentos vulneráveis específicos.

Na verdade, o que houve foi um esforço por parte da Sociedade Civil para manter-se nos espaços de participação e controle social. Mas não houve avanços significativos nos níveis locais, inclusive para o adequado financiamento das ações da Sociedade Civil.

Para 2010, existe a proposta de aumentar a participação do movimento de Pessoas Vivendo com HIV e Aids na CNAIDS. Haverá a inclusão do movimento de mulheres e jovens, além da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids.

Quais desafios permanecem nessa área?

Há escassez de novas lideranças na Sociedade Civil, sendo necessário ter em mente a formação dessas lideranças. Além disso, os espaços existentes de controle e participação social são consultivos e, não necessariamente, absorvem e/ou incorporam as contribuições da Sociedade Civil. É necessário avançar para que a tomada de decisão se processe de maneira democrática, fazendo uma ponderação entre os anseios do governo e os da Sociedade Civil.

Outro desafio apontado é o financiamento das ações e qualificação técnica da Sociedade Civil para implementação de suas ações. Foi enfatizado pelas organizações que as ações da Sociedade Civil não visam a substituir os serviços que são dever do Estado. As linhas de financiamento para a Sociedade Civil precisam ser mais constantes, menos burocratizadas e não sofrer interrupções. No último monitoramento feito pelos membros da CAMS, foi constatado que a maioria dos estados está com mais de um ano de atraso no repasse dos 10% do Plano de Ações e Metas para as Organizações da Sociedade Civil. Há estados no país em que esse tempo chega a três anos. Há outros onde a burocracia é intensa, como o estado de Goiás, onde a legislação exige que todo e qualquer convênio, por menor que seja, seja aprovado pela Assembléia Legislativa. Isso dificulta sobremaneira o repasse às ONG.

### III. PREVENÇÃO

1. Seu país identificou as necessidades específicas em relação a programas de prevenção ao HIV?

Sim

OBS: 20 responderam SIM, 04 responderam NÃO, 02 não responderam.

#### SE SIM, como foram determinadas essas necessidades?

A partir de levantamento de demandas junto aos serviços e ao movimento social, o que propiciou a construção do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis, e do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (mulheres e transexuais femininas).

As organizações apontam a seguir muitas necessidades que, apesar de pontuadas, não foram respondidas a contento:

- Na prática, os resultados dos planos e políticas deixam a desejar, principalmente nas áreas de fronteiras da Amazônia.
- Em alguns municípios há unidades que desenvolvem programas de saúde para adolescentes, mas essa ainda não é uma diretriz programática nacional. Quando existem, as atividades são direcionadas principalmente à prevenção da gravidez ou ao acompanhamento da adolescente grávida. Não existem serviços específicos de aconselhamento para mulheres jovens nas unidades básicas de saúde, e a inserção desse tipo de atividade na rotina diária é frágil, dependendo, em grande medida, da disponibilidade e interesse pessoal de um ou outro profissional.
- Nos casos de exposição sexual forçada, a anticoncepção de emergência e a profilaxia anti-HIV estão disponíveis. No entanto, o acesso das mulheres a esses serviços é baixo e não tem havido um esforço maior por parte do governo no sentido de ampliar a sua cobertura, por meio de divulgação em larga escala.

Em 2007, o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais, em parceria com a área Técnica de Saúde da Mulher do MS, elaborou um Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis<sup>7</sup>, visando ampliar a oferta de testagem para HIV e sífilis na gestação, e de tratamento adequado nos casos positivos, dado que, embora exista uma redução contínua e consistente dos casos de transmissão vertical do HIV e uma tendência à redução da sífilis congênita a partir de 2005, a cobertura dessas ações ainda é insuficiente, variando de acordo com a região do país. Em alguns serviços, os profissionais, mesmo realizando o teste, não fazem o aconselhamento ou o contato com o parceiro de modo adequado. Não há controle sobre o aconselhamento e a testagem nos serviços privados, embora a infecção pelo

7 Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília, 2007.



HIV e a sífilis na gestação sejam eventos de notificação compulsória<sup>8</sup>. O teste rápido para o HIV, a ser realizado no momento do parto quando a gestante não conhece a sua sorologia, está disponível nas maternidades do SUS. Mas ainda há falhas na forma de condução da testagem junto às mulheres<sup>9</sup>.

Neste quesito, a Região Norte do Brasil, por sua extensão territorial, aliada ao complexo componente das fronteiras, apresenta necessidade urgente de mais atenção, em razão da baixa cobertura dos programas de Estado para essa região, no que diz respeito a todos os segmentos populacionais.

### **SE NÃO**, como os programas de prevenção do HIV estão sendo ampliados?

As estratégias governamentais para o enfrentamento da epidemia ainda não conseguem dar resposta às demandas e necessidades em virtude de alguns aspectos, em especial, pela dificuldade em assegurar e legitimar a participação da população beneficiada e da Sociedade Civil organizada no fomento, execução e monitoramento dessas políticas.

Há necessidade de maior exploração da mídia no que diz respeito à prevenção e tratamento da tuberculose, dado que hoje um dos grandes problemas para as Pessoas Vivendo com HIV e Aids é a coinfeção TB/HIV.

### 1.1 Qual é o nível de implementação dos seguintes serviços de prevenção de HIV?

Área de prevenção ao HIV	A maioria das pessoas que precisam desse item têm acesso a ele?	
Segurança do sangue (21 concordam, 02 discordam, 02 não responderam, 01 N/A)	Concordo	
Precauções universais em ambientes de atenção à saúde (18 concordam, 06 discordam, 02 não responderam)	Concordo	
Prevenção da transmissão vertical do HIV (17 concordam, 06 discordam, 02 não responderam, 01 N/A)	Concordo	
IEC* sobre redução de riscos (12 concordam, 12 discordam, 02 não responderam)	Concordo	Discordo
IEC* sobre redução do estigma e discriminação (15 concordaram, 09 discordam, 02 não responderam)	Concordo	
Promoção do uso de preservativos (19 concordam, 04 discordam, 03 não responderam)	Concordo	
Testagem e aconselhamento em HIV (16 concordam, 07 discordam, 02 não responderam, 01 N/A)	Concordo	
Redução de danos para usuários de drogas injetáveis (14 concordam, 10 discordam, 02 não respondeu)	Concordo	
Redução de riscos para homens que fazem sexo com homens (17 concordam, 07 discordam, 02 não responderam)	Concordo	

<sup>8</sup> Portaria nº 05, de 21/02/2006, publicada no DOU em 22/02/2006.

<sup>9</sup> Wilza Vilela, Alessandra Cabral dos Santos Nilo, José Carlos Pereira da Silva. Monitoramento das Metas da UNGASS-AIDS em Saúde Sexual e Reprodutiva: Fórum UNGASS. Recife: Gestos, 2008.

Redução de riscos para profissionais do sexo (18 concordam, 05 discordam, 02 não responderam, 01 N/A)	Concordo	
Serviços em saúde reprodutiva que incluem prevenção e tratamento das DST (12 concordam, 12 discordam, 02 não responderam)	Concordo	Discordo
Educação sobre HIV para jovens nas escolas (11 concordam, 13 discordam, 02 não responderam)		Discordo
Prevenção do HIV para jovens fora das escolas (08 concordam, 14 discordam, 04 não responderam)		Discordo
Prevenção do HIV no local de trabalho (09 concordam, 14 discordam, 02 não responderam, 01 N/A)		Discordo
Outros: [escrever] Prevenção da Coinfecção TB/HIV/Aids		Discordo

\*IEC = informação, educação e comunicação

Em geral, como você avaliaria o esforço direcionado para a implementação dos programas de prevenção ao HIV em 2009?											
2007	Ruim									Excelente	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?											
<p>A ampliação da Campanha Fique Sabendo; a maior disponibilidade do teste rápido; a realização de Pesquisas de Conhecimento, Atitudes e Práticas com populações sob maior risco; as ações voltadas para a implementação do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis, e do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (mulheres e transexuais femininas). Além disso, foi dado destaque à Fábrica de preservativos no Acre, a primeira do Brasil. Quanto à população jovem, foi importante a implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), como também a contratação de Jovens Vivendo com HIV em Coordenações Estaduais de DST e Aids. Por fim, foi pontuado o fato de ter se criado o entendimento de que as ações de TB/hepatites virais e HIV/aids devem andar juntas.</p>											

Quais desafios permanecem nessa área?

As organizações pontuaram o desafio da elaboração de campanhas permanentes, voltadas às realidades das regiões brasileiras, com linguagem que o povo entenda. Juntando-se a isso, a necessidade de criação de novos serviços diante das enormes barreiras de distância existentes em regiões do país como o Norte e Nordeste.

Foi também mencionado como desafio que, a despeito da existência dos planos de mulheres e HSH, as políticas de prevenção para essas populações não têm sido implementadas de maneira satisfatória e nem têm conseguido dar respostas às problemáticas da epidemia nessas populações.

Quanto aos jovens, é necessário rever as estratégias de inserção do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas como componente dois do Programa Saúde nas Escolas.

Outro desafio posto é a necessidade de superar o entendimento de que a política de prevenção deva estar concentrada na política de prevenção positiva. E também que é fundamental fomentar programas governamentais que atendam às necessidades das pessoas em situação de exclusão ou fora de outras políticas de governo e estado, como os jovens que estão fora da educação regular, pessoas em situação de rua, pessoas em privação de liberdade, entre outros.

No tocante à implementação de programas de prevenção por parte do governo, que estes não se reduzam à disponibilização (irregular) de preservativo e ao repasse (insuficiente) de recursos para as ONG.

Há necessidade de integração com outros segmentos, como as populações afro-religiosas, que também têm um cunho cultural importante nesse contexto e precisam ser amparadas pelas políticas públicas.

E, como um último desafio, tem-se a diversidade cultural do país, que prejudica a adoção de medidas iguais em termos de redução de estigma, face ao machismo concentrado de maneira mais forte em algumas áreas.

#### IV. TRATAMENTO, ATENÇÃO E APOIO

1. Seu país identificou as necessidades específicas em relação a serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV?

Sim

OBS: 19 responderam SIM, 03 responderam NÃO, 03 não responderam, 01 desconhece.

**SE SIM**, como foram determinadas essas necessidades?

Apesar do sim, as organizações registram, ainda, falta de cuidados e atenção nos SAE (Serviço de Atendimento Especializado), CTA (Centro de Testagem Anônima),

CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) e CAPS/AD (Centro de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas), principalmente no que se refere aos usuários de álcool e outras drogas, ou seja, as políticas dependem de ações nos níveis locais (estadual/municipal) para populações específicas.

No entanto, as necessidades foram determinadas por meio do processo de identificação de demandas e necessidades das Pessoas Vivendo com HIV/Aids, gerando uma atuação e pressão da Sociedade Civil organizada junto às instâncias governamentais no âmbito dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário para a efetivação e garantia dos direitos fundamentais desta população.

Muito embora existam programas que buscam contemplar essas lacunas, a Sociedade Civil identifica ainda a necessidade de recorte de gênero na maioria dos estudos clínicos com medicamentos anti-HIV/aids no país, o que permite comparar os efeitos da intervenção em homens e mulheres, e de um estímulo formal para o desenvolvimento desse tipo de estudo ou para a participação das mulheres nos ensaios clínicos. Também não há estudos sobre efeitos colaterais do ARV (antirretrovirais) em mulheres que subsidiem um sistema de vigilância para esse tema, sendo esta uma demanda antiga da população feminina vivendo com HIV/aids.

**SE NÃO**, como os programas de tratamento, atenção e apoio em HIV estão sendo ampliados?

### 1.1 Qual é o nível de implementação dos seguintes serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV?

Serviços de tratamento, atenção e apoio em HIV	A maioria das pessoas que precisam desse item têm acesso a ele?	
Terapia antirretroviral (21 concordam, 01 discordam, 03 não responderam, 01 N/A)	Concordo	
Assistência nutricional (05 concordam, 17 discordam, 03 não responderam, 01 N/A)		Discordo
Tratamento pediátrico da aids (18 concordam, 04 discordam, 03 não responderam, 01 N/A)	Concordo	
Manejo das doenças sexualmente transmissíveis (16 concordam, 06 discordam, 03 não responderam, 01 N/A)	Concordo	
Apoio psicossocial para pessoas vivendo com HIV e seus familiares (04 concordam, 17 discordam, 05 não responderam)		Discordo
Assistência domiciliar (03 concordam, 20 discordam, 03 não responderam)		Discordo
Cuidados paliativos e tratamento das infecções comumente associadas ao HIV (12 concordam, 09 discordam, 03 não responderam, 02 N/A)	Concordo	
Testagem e aconselhamento em HIV para pacientes de TB (09 discordam, 14 discordam, 03 não responderam)		Discordo
Testagem de TB para pessoas infectadas pelo HIV (06 concordam, 15 discordam, 04 não responderam, 01 N/A)		Discordo

## Metas UNGASS • Resposta Brasileira 2008-2009

Terapia preventiva de TB para pessoas infectadas pelo HIV (09 concordam, 12 discordam, 04 não respondeu, 01 N/A)		Discordo
Controle da infecção por TB nos locais de tratamento e atenção em HIV (07 concordam, 14 discordam, 04 não responderam, 01 N/A)		Discordo
Profilaxia de cotrimoxazol para as pessoas infectadas pelo HIV (09 concordam, 10 discordam, 04 não responderam, 03 N/A)		Discordo
Profilaxia pós-exposição (por ex., exposição ocupacional ao HIV, estupro) (10 concordam, 11 discordam, 04 não responderam, 01 N/A)		Discordo
Serviços de tratamento em HIV no local de trabalho ou sistemas de encaminhamento para tratamento a partir do local de trabalho (03 concordam, 18 discordam, 03 não responderam, 02 N/A)		Discordo
Atenção e apoio ao HIV no local de trabalho (incluindo esquemas alternativos de trabalho) (03 concordam, 14 discordam, 06 não responderam, 03 N/A)		Discordo

Em geral, como você avaliaria o esforço envidado na implementação dos programas de tratamento, atenção e apoio em HIV e Aids em 2009?

2009

Ruim

Bom

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

As organizações apontam como principal avanço a construção conjunta (governo e Sociedade Civil) dos planos estaduais de enfrentamento com gays, HSH, travestis, mulheres e transexuais femininas, com base nos dois planos nacionais. Cita-se também a garantia do acesso à TARV (terapia antirretroviral) e o aumento da testagem rápida.

Quais desafios permanecem nessa área?

- Implementar os planos citados acima, no que se refere aos usuários de álcool e outras drogas, no contexto da universalidade e garantia do acesso para todos.
- Garantir a efetivação do Direito à Saúde sem a necessidade de utilização de estratégias processuais para compelir o Estado a cumprir o que é de sua competência. Um exemplo disso é a situação das Pessoas Vivendo com HIV e Aids que necessitam realizar procedimentos relacionados a quadros graves de lipodistrofia, em que, mesmo existindo dotação orçamentária para o cumprimento destes procedimentos, não existe vontade política para garantir o acesso ao tratamento.
- Superar o despreparo técnico dos profissionais de saúde para o manejo do tratamento das Pessoas Vivendo com HIV/Aids, e outras populações vulneráveis, em especial nos municípios do interior, e implementar a política de humanização do atendimento, ou seja, exercer a humanização no serviço, como política de respeito aos Direitos Humanos.
- Promover uma política de atenção integral às Crianças e Jovens Vivendo com HIV/Aids que rompa com a lógica da tutela e assistencialismo.

No que diz respeito à redução da vulnerabilidade das mulheres, há que se considerar a falta de estudos específicos, em especial os que relacionem aspectos de saúde, pobreza e suporte social. Deve-se destacar que, embora existam leis que protegem trabalhadores com HIV em geral, estas nem sempre são cumpridas ou acionadas, em particular no caso das mulheres com HIV, que muitas vezes trabalham como empregadas domésticas sem proteção legal ou têm contratos precários de trabalho. Existem frequentes denúncias de que as mulheres com HIV são discriminadas e excluídas do mercado de trabalho, embora não haja documentação a respeito. As ONG que têm assessoria jurídica para Pessoas Vivendo com Aids referem que os homens, muito mais do que as mulheres, buscam a reparação dos seus direitos violados em decorrência da soropositividade.

2. Seu país possui uma política ou estratégia para atender as necessidades adicionais de órfãos e outras crianças vulneráveis (OCV) em relação ao HIV?

Não

OBS: 05 responderam SIM, 17 responderam NÃO, 02 não responderam, 02 N/A

Em geral, como você avaliaria o esforço no sentido de suprir as necessidades dos órfãos e outras crianças vulneráveis em relação ao HIV em 2009?

2009	Ruim	Excelente
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Quais foram os principais avanços alcançados desde 2007 nessa área?

Não foram identificados.

Quais desafios permanecem nessa área?

- Conseguir alcançar todas essas crianças infectadas e dar-lhes total apoio.
- Criar políticas efetivas para os órfãos da aids.
- Garantir universalidade e acesso total.
- Instituir políticas voltadas para Crianças e Adolescentes Vivendo com HIV/ Aids que estimulem a autonomia dessa população e trabalhem em consonância com a doutrina da proteção integral, incentivando a afirmação dessas crianças e adolescentes como sujeitos de direitos.
- Investir em estratégias que promovam e fortaleçam as competências familiares.
- Consolidar a implementação de políticas intersetoriais em HIV/aids para essa população.

***ANEXO 3***

***INDICADORES N°s 3 A 25***







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

#### **3.1. Objetivo:**

Analisar o progresso em garantir o fornecimento de sangue seguro.

#### **3.2. Análises:**

Em 2007, foram realizados 3.898.398 procedimentos e esse número refere-se à Hemorrede Pública Nacional, aos serviços filantrópicos e privados conveniados ao SUS e aos serviços exclusivamente privados. Do sangue doado em território nacional, 100% é testado e passa por controle de qualidade laboratorial interno e externo, segundo regulação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Os serviços de hemoterapia públicos são responsáveis por 58% da coleta de sangue no Brasil, seguidos pelos serviços credenciados ao SUS, que respondem por 28%, e pelos serviços exclusivamente privados, que contribuem com 14%.

#### **3.3. Fonte do Indicador:**

- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de informação [recurso eletrônico]: sangue e hemoderivados: produção hemoterápica: Sistema Único de Saúde – SUS (serviços públicos e privados contratados) e serviços privados não contratados ao SUS/Ministério da Saúde. Brasília, 2009.
- A legislação está disponível em:  
<[http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT\\_VERSION&id=11662](http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT_VERSION&id=11662)>

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

### 4.1. Objetivo:

Analisar os avanços alcançados na promoção do acesso aos medicamentos antirretrovirais, estimando a proporção de pessoas que necessitam e fazem uso dos ARV, segundo critérios estabelecidos nas recomendações para terapia antirretroviral do Ministério da Saúde.

### 4.2. Análises:

Em 2008, cerca de 96% de adultos e crianças com infecção avançada pelo HIV receberam terapia antirretroviral, de acordo com os critérios estabelecidos nas recomendações para tratamento do Ministério da Saúde.

Observações:

1. Foram considerados pacientes com infecção avançada aqueles que ou estavam em TARV, ou que apresentavam sintomas compatíveis com a aids, ou, então, que tinham o último CD4 registrado no Sistema de Informação de Controle Laboratorial, em 2008, inferior a 200 céls./mm<sup>3</sup>.
2. Foram excluídos da análise 13.598 pacientes que não tinham informações sobre o sexo ou a faixa etária registrados no sistema.
3. O dado reportado nesta seção difere daquele reportado no Anexo 2 do relatório “Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector”, publicado pela WHO/UNAIDS/UNICEF, em setembro de 2009, pois o método de cálculo foi modificado.

### 4.3. Fontes do Indicador:

- Banco relacionado: SINAN/AIDS + SISCEL/SICLOM +SIM,

Onde: SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação; SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais; SICLOM: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; e SIM: Sistema de Informações de Mortalidade.

## 5. Proporção de gestantes HIV+ que receberam antirretroviral para reduzir o risco de transmissão materno-infantil.

### 5.1. Objetivo:

Analisar o progresso na prevenção da transmissão vertical do HIV.

### 5.2. Análises:

50,5% das gestantes e parturientes HIV+ receberam antirretrovirais para reduzir o risco de transmissão vertical em 2009. De 2003 a 2006, foi reportado o número de parturientes HIV positivas que receberam AZT injetável durante o parto, e esse percentual variou de 46,6%, em 2003, para 51,9%, em 2006.

### 5.3. Método de cálculo:

**Numerador:** Número de parturientes HIV+ que receberam antirretroviral (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - SICLOM)

**Denominador:** Número estimado de parturientes HIV = Prevalência estimada de HIV em mulheres (SZWARCWALD et al., 2008) X Número de parturientes (SINASC).

### 5.4. Comentários:

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

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

### 5.5. Fontes do Indicador:

- SINASC
- SICLOM
- SZWARCWALD, C. L.; BARBOSA JR., A.; SOUZA JR., P. B. et al. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and seroprevalence in Brazil. *Braz. j. infect. dis.* [S.l.]; v. 12, n. 3, p. 167-72, 2008.

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

### 6.1. Objetivo:

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

### 6.2. Análises:

A proporção de casos estimados de coinfecção pelo HIV e tuberculose que receberam tratamento para TB e HIV foi estimada, em 2007, em 25,64%.

### 6.3. Método de cálculo:

#### Numerador:

Relacionamento das seguintes bases de dados: SINAN/AIDS + SIM-AIDS + SISCEL + SICLOM + SINAN/TB

**Denominador:** estimativa da OMS

#### Observações:

1. Relacionamento das seguintes bases de dados: SINAN/AIDS + SISCEL/SICLOM +SIM
2. Relacionamento do banco de casos de aids identificados que recebem tratamento antirretroviral em 2007 com o SINAN/TB, para identificar aqueles que tinham iniciado tratamento para TB em 2007.

### 6.4. Limitações:

- a) O numerador foi calculado, no ano reportado, como o número de adultos em infecção avançada pelo HIV que receberam TARV de acordo com as recomendações técnicas estabelecidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde do Brasil, e que iniciaram o tratamento para TB também de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Tuberculose.
- b) O denominador inclui os casos incidentes de TB em pessoas vivendo com HIV (não apenas os casos de aids), o que subestima a cobertura.

### 6.5. Fontes do indicador:

- Banco relacionado: SINAN/AIDS + SISCEL/SICLOM +SIM

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

### **7.1. Objetivo:**

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

### **7.2. Análise:**

Quase 13% da população brasileira de 15 a 49 anos se submeteram a um teste de HIV nos últimos 12 meses e conheciam o resultado do último teste.

### **7.3. Método de cálculo:**

Inquérito domiciliar representativo da população brasileira, com amostra estabelecida em 8.000 indivíduos de 15 a 64 anos. A amostragem foi probabilística, estratificada por macrorregião geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e situação do domicílio (urbano/rural).

Pesquisa realizada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

### **Observação:**

O indicador foi calculado com a amostra de pessoas 15 a 49 anos, que totalizou 6.751 das 8.000 pessoas entrevistadas.

### **7.4. Limitação:**

Por se tratar de estimativas realizadas com base em pesquisas por amostragem, as mesmas estão sujeitas a erro de amostragem.

### **7.5. Fonte do Indicador:**

- Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008 (PCAP).

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

### 8.1. Objetivo:

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

### Profissionais do Sexo

#### 1. Análise:

Um total de 17,5% das mulheres profissionais do sexo realizaram o teste de HIV nos últimos 12 meses e conheciam o resultado do último teste.

#### 2. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo das mulheres profissionais do sexo do país como um todo.
- b) Foram incluídas na pesquisa somente profissionais do sexo femininas.

#### 3. Fonte do Indicador:

- SZWARCOWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

### Homens que fazem sexo com homens (HSH)

#### 1. Análise:

Em torno de 19% dos HSH realizaram teste de HIV nos últimos 12 meses e conheciam o resultado do último teste.

#### 2. Limitação:

Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos HSH do país como um todo.

### 3. Fonte do Indicador:

- KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

## Usuários de drogas injetáveis

### 1. Análise:

Aproximadamente 13% dos usuários de drogas realizaram o teste de HIV nos últimos 12 meses e conheciam o resultado.

### 2. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos usuários de drogas ilícitas do país como um todo.
- b) Foram incluídos na pesquisa usuários de drogas ilícitas e não somente UDI.

### 3. Fonte do Indicador:

- BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.



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

### 9.1. Objetivo:

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

### Profissionais do sexo

#### 1. Análises:

Em 2009, 57% das mulheres profissionais do sexo sabiam onde poderiam fazer o teste de HIV gratuitamente e 77,2% receberam preservativos de graça nos últimos 12 meses.

Aproximadamente 47% dessas mulheres foram alcançadas por programas de prevenção, ou seja, sabiam onde fazer o teste de aids gratuitamente e receberam preservativos de graça.

#### 2. Limitações:

- Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo das mulheres profissionais do sexo do país como um todo.
- Foram incluídas na pesquisa somente mulheres profissionais do sexo.
- Foi perguntado se a respondente sabia onde fazer o teste gratuitamente, o que pode ter influenciado a resposta, pois ela poderia saber onde faria o teste na rede privada. Isso pode ter subestimado a cobertura.

#### 3. Fonte do Indicador:

- SZWARCWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

### Homens que fazem sexo com homens (HSH)

#### 1. Análises:

Em 2009, 47,3% dos HSH sabiam onde poderiam fazer o teste de HIV gratuitamente e 72,4% receberam preservativos de graça nos últimos 12 meses.

Aproximadamente 37,4% desses homens foram alcançados por programas de prevenção, ou seja, sabiam onde fazer o teste de aids gratuitamente e receberam preservativos de graça.

## 2. Limitação:

Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos HSH do país como um todo.

## 3. Fonte do Indicador:

- KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

## Usuários de drogas injetáveis

### 1. Análises:

Em 2009, 48,6% dos usuários de drogas ilícitas sabiam onde poderiam fazer o teste de HIV gratuitamente e 28,6% receberam preservativos de graça nos últimos 12 meses. Aproximadamente 40% deles foram alcançados por programas de prevenção, ou seja, sabiam onde fazer o teste de aids gratuitamente e receberam preservativos de graça.

Considerando-se apenas os UDI, 54,3% declararam não ter compartilhado seringa nos últimos 12 meses.

### 2. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos usuários de drogas ilícitas do país como um todo.
- b) Foram incluídos na pesquisa usuários de drogas ilícitas e não somente UDI.
- c) Foi perguntado se o respondente sabia onde fazer o teste gratuitamente, o que pode ter influenciado a resposta, pois ele poderia saber onde faria o teste na rede privada. Isso pode ter subestimado a cobertura.
- d) Como o indicador foi calculado para usuários de drogas ilícitas, foram consideradas apenas as respostas às perguntas 1 e 2. A pergunta 3 não pôde

ser levada em consideração, pois apenas UDI a responderam e não havia um número suficiente de UDI na amostra para realizar essa estimativa.

### **3. Fonte do Indicador:**

- BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

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

### **10.1. Objetivo:**

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

### **10.2. Análise:**

Como a epidemia no Brasil é concentrada, não há informações sobre esse indicador no país.

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

### **11.1. Objetivo:**

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

### **11.2. Análise:**

Em 2007, 63% dos estabelecimentos brasileiros de ensino básico que trabalhavam com promoção da saúde e prevenção incorporam o tema específico DST e aids em seus trabalhos. Essa proporção foi superior à observada em 2005, de 60,4%. Considerando-se somente os estabelecimentos de ensino fundamental, a proporção passa de 67,8%, em 2005, para 72,7% em 2007; e entre as escolas de ensino médio, de 96,2% para 97,5%, no mesmo período.

### **11.3. Limitação:**

O preenchimento desse encarte do Censo Escolar é opcional e o número de estabelecimentos que o preencheram variou consideravelmente nos anos estudados, de 161.679 em 2005 para 122.491 em 2007.

### **11.4. Fonte do Indicador:**

- Levantamento de Saúde do Censo Escolar, 2005 e 2007.

## CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO

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

#### **12.1. Objetivo:**

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

#### **12.2. Análise:**

Como a epidemia no Brasil é concentrada, não há informações sobre esse indicador no país.

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

### **13.1. Objetivo:**

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

### **13.2. Análise:**

Em 2008, 51,7% dos jovens entre 15 e 24 anos identificaram corretamente as formas de se proteger da transmissão sexual do HIV e rejeitaram os maiores equívocos. Observa-se diminuição nesse indicador quando comparado à estimativa de 2004 (58,4%).

### **13.3. Método de cálculo:**

Inquérito domiciliar representativo da população brasileira, com amostra estabelecida em 8.000 indivíduos de 15 a 64 anos. A amostragem foi probabilística, estratificada por macrorregião geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e situação do domicílio (urbano/rural).

Pesquisa realizada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

### **Observação:**

O indicador foi calculado com a amostra de jovens entre 15 e 24 anos, que totalizou 2.485 dos 8.000 entrevistados.

### **13.4. Limitação:**

Por se tratar de estimativas realizadas com base em pesquisas por amostragem, as mesmas estão sujeitas a erro de amostragem.

### **13.5. Fonte do Indicador:**

- Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008.

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

### 14.1. Objetivo:

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

### Profissionais do sexo

#### 1. Análise:

Em 2009, 42,3% das profissionais do sexo identificaram corretamente as formas de se proteger da transmissão sexual do HIV e rejeitaram os maiores equívocos. Quase 98% delas concordaram que o preservativo reduz o risco de infecção pelo HIV; 92,5%, que uma pessoa de aparência saudável pode estar infectada; 77,3%, que não há possibilidade de infecção ao compartilhar talheres. Por outro lado, apenas metade das mulheres profissionais do sexo concordou que não podiam ser infectadas por picada de mosquitos.

#### 2. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo das mulheres profissionais do sexo do país como um todo.
- b) Foram incluídas na pesquisa somente mulheres profissionais do sexo.
- c) Foram utilizadas apenas 4 perguntas, em vez das 5 do indicador original, pois não constava do questionário a pergunta: “O risco de transmissão do vírus da aids pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro não infectado?”.

#### 3. Fonte do Indicador:

- SZWARCWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

### Homens que fazem sexo com homens (HSH)

#### 1. Análise:

Em 2009, 62,3% dos HSH identificaram corretamente as formas de se proteger da transmissão sexual do HIV e rejeitaram os maiores equívocos; 72% concordaram

que manter relações sexuais com um parceiro único, fiel e não infectado reduz o risco de infecção pelo HIV; 97,2%, que o preservativo reduz o risco de infecção; 92,2%, que uma pessoa de aparência saudável pode estar infectada; 72,7%, que não podiam ser infectados por picada de mosquitos; e 83,8%, que não há possibilidade de infecção ao compartilhar talheres.

## 2. Limitação:

Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos HSH do país como um todo.

## 3. Fonte do Indicador:

- KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

## Usuários de drogas injetáveis (UDI)

### 1. Análise:

Em 2009, 31,7% dos usuários de drogas ilícitas identificaram corretamente as formas de se proteger da transmissão sexual do HIV e rejeitaram os maiores equívocos. Quase 92% concordaram que o preservativo reduz o risco de infecção pelo HIV e 83%, que uma pessoa de aparência saudável pode estar infectada. Por outro lado, apenas 44,3% concordaram que não podiam ser infectados por picada de mosquitos e 55,7%, que não há possibilidade de infecção ao compartilhar talheres.

### 2. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos usuários de drogas ilícitas do país como um todo.
- b) Foram incluídos na pesquisa usuários de drogas ilícitas e não somente UDI.

### 3. Fonte do Indicador:

- BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.



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

### **15.1. Objetivo:**

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

### **15.2. Análise:**

Em 2008, 35,4% dos jovens brasileiros entre 15 e 24 anos relataram relação sexual antes dos 15 anos, proporção essa semelhante à encontrada em 2004 (36,1%).

### **15.3. Método de cálculo:**

Inquérito domiciliar representativo da população brasileira, com amostra estabelecida em 8.000 indivíduos de 15 a 64 anos. A amostragem foi probabilística, estratificada por macrorregião geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e situação do domicílio (urbano/rural).

Pesquisa realizada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

### **Observação:**

O indicador foi calculado com a amostra de jovens entre 15 e 24 anos, que totalizou 2.485 dos 8.000 entrevistados.

### **15.4. Limitação:**

Por se tratar de estimativas realizadas com base em pesquisas por amostragem, as mesmas estão sujeitas a erro de amostragem.

### **15.5. Fonte do Indicador:**

- Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008.

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

### 16.1. Objetivo:

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

### 16.2. Análise:

Em 2008, 66,1% das pessoas entre 15 e 49 anos declararam ter tido relação sexual com mais de um parceiro na vida.

### 16.3. Método de cálculo:

Inquérito domiciliar representativo da população brasileira, com amostra estabelecida em 8.000 indivíduos de 15 a 64 anos. A amostragem foi probabilística, estratificada por macrorregião geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e situação do domicílio (urbano/rural).

Pesquisa realizada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

### Observação:

O indicador foi calculado com a amostra de indivíduos de 15 a 49 anos sexualmente ativos, que totalizou 5.919 indivíduos dos 8.000 entrevistados.

### 16.4. Limitações:

- a) Ao invés de reportar a proporção de homens e mulheres entre 15 e 49 anos que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses com mais de um parceiro, reporta-se aqui a proporção de homens e mulheres entre 15 e 49 anos que tiveram relação sexual com mais de um parceiro na vida.
- b) Por se tratar de estimativas realizadas com base em pesquisas por amostragem, as mesmas estão sujeitas a erro de amostragem.

### 16.5. Fonte do Indicador:

- Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008.

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

### **17.1. Objetivo:**

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

### **17.2. Análise:**

39,2% das pessoas de 15 a 49 anos que tiveram relação sexual na vida com mais de um parceiro referiram uso de preservativo na última relação sexual.

### **17.3. Método de cálculo:**

Inquérito domiciliar representativo da população brasileira, com amostra estabelecida em 8.000 indivíduos de 15 a 64 anos. A amostragem foi probabilística, estratificada por macrorregião geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e situação do domicílio (urbano/rural).

Pesquisa realizada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

### **Observação:**

O indicador foi calculado com a amostra de indivíduos de 15 a 49 anos sexualmente ativos, que totalizou 3.556 indivíduos.

### **17.4. Limitações:**

- a) Ao invés de reportar a proporção de homens e mulheres entre 15 e 49 anos que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses com mais de um parceiro, reporta-se aqui a proporção de homens e mulheres entre 15 e 49 anos, que tiveram relação sexual com mais de um parceiro na vida.
- b) Por se tratar de estimativas realizadas com base em pesquisas por amostragem, as mesmas estão sujeitas a erro de amostragem.

### **17.5. Fonte do Indicador:**

- Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira de 15 a 64 anos de idade, 2008.

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

### 18.1. Objetivo:

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

### 18.2. Análise:

90,1% das mulheres profissionais do sexo relataram ter usado preservativo com seu último cliente.

### 18.3. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo das mulheres profissionais do sexo do país como um todo.
- b) Foram incluídas na pesquisa somente mulheres profissionais do sexo.

### 18.4. Fonte do indicador:

- SZWARCOWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

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

### 19.1. Objetivo:

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

### 19.2. Análise:

48,3% dos HSH reportaram uso de preservativo na última relação sexual com parceiro casual, nos últimos 12 meses.

#### Observação:

Indicador calculado a partir dos 1.339 HSH que tiveram relações sexuais com parceiro sexual casual do mesmo sexo, dentre os 3.617 amostrados.

### 19.3. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos HSH do país como um todo.
- b) O indicador se refere ao uso de preservativo na última relação com parceiro eventual.

### 19.4. Fonte do Indicador:

- KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

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

### 20.1. Objetivo:

Analisar o progresso na prevenção da transmissão sexual do HIV.

### 20.2. Análise:

70,1% dos usuários de drogas relataram ter usado preservativo na última relação sexual com parceiro casual nos últimos 12 meses.

### 20.3. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos usuários de drogas ilícitas do país como um todo.
- b) Foram incluídos na pesquisa usuários de drogas ilícitas e não somente UDI.
- c) O indicador se refere ao uso de preservativo na última relação com parceiro sexual eventual.

### 20.4. Fonte do Indicador:

- BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

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

### 21.1. Objetivo:

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

### 21.2. Análise:

54,3% dos UDI relataram, nos últimos 12 meses, não ter injetado drogas com seringa/agulha que havia sido usada antes por outra pessoa.

#### Observação:

Foram considerados 418 UDI dentre os 3.486 usuários de drogas amostrados.

### 21.3. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos usuários de drogas ilícitas do país como um todo.
- b) Foram incluídos na pesquisa usuários de drogas ilícitas e não somente UDI.
- c) Como o questionário não compreendia a questão referente à última vez que o respondente injetou drogas, o indicador abaixo baseia-se na proporção de respostas “NUNCA” para a pergunta: “Nos últimos 12 meses, com que frequência você se injetou com seringa/agulha que havia sido usada antes por outra pessoa?”

### 21.4. Fonte do Indicador:

- BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

## IMPACTO

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

### 22.1. Objetivo:

Avaliar o progresso na redução da infecção pelo HIV.

### Homens:

#### 1. Análise:

A prevalência de HIV em homens jovens de 17 a 20 anos de idade passou de 0,088% em 2002 para 0,12% em 2007.

#### 2. Método de cálculo:

O estudo é transversal e foi realizado com jovens do sexo masculino de 17 a 20 anos, que se apresentaram às Comissões de Seleção do Serviço Militar Obrigatório (CS) em 2007. Foi realizada uma amostragem estratificada, em dois estágios; no primeiro, escolheram-se as comissões de seleção e, no segundo estágio, os conscritos. Os estratos foram definidos segundo a grande região de localização da CS (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e o tamanho do município de localização da CS (menores de 50 mil habitantes; entre 50 e 200 mil habitantes; maiores de 200 mil habitantes). Pelo menos uma CS de cada capital foi selecionada. Por motivos operacionais, estipulou-se que o número total de CS na amostra seria de 80 CS. Um total de 35.460 conscritos foram testados para o HIV.

#### 3. Limitação:

A prevalência de HIV para indivíduos do sexo masculino informada refere-se a conscritos entre 17 e 20 anos e não de 15 a 24 anos em jovens de ambos os sexos.

#### 4. Fonte do Indicador:

- SZWARCOWALD, C. L. et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, 2007. Cad. de Saúde Pública. No prelo, 2010.



## Mulheres:

### 1. Análise:

A prevalência do HIV em mulheres de 15 a 24 anos passou de 0,28%, em 2004, para 0,26%, em 2006.

### 2. Método de cálculo:

A prevalência de HIV em mulheres é aferida de quatro em quatro anos por meio de pesquisa em maternidades. O estudo de 2006 foi realizado a partir de dados secundários dos cartões de pré-natal e do prontuário de parturientes brasileiras. Foi feita uma amostragem probabilística em dois estágios. No primeiro estágio, foram selecionadas 150 maternidades, estratificadas por tamanho do município de localização (<50.000 hab.; 50.000-399.999 hab.; >400.000 hab.). No segundo estágio, 100-120 mulheres foram selecionadas sistematicamente por maternidade. A amostra totalizou 16.158 parturientes.

### 3. Fonte do Indicador:

- SZWARCOWALD, C. L. et al. HIV Testing During Pregnancy: Use of Secondary Data to Estimate 2006 Test Coverage and Prevalence in Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 12, n. 3, p. 167-172, 2008.

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

### 23.1. Objetivo:

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

### Profissionais do sexo

#### 1. Análise:

A prevalência de HIV em mulheres profissionais do sexo, em 2009, foi 4,9%. Estudos anteriores mostraram prevalência de 8% em Santos (estado de São Paulo), em 1998 (SZWARCWALD et al., 1998); de 6,1% em 7 cidades brasileiras, em 2002 (BRASIL, 2004); de 3,1% em Santos, em 2006 (LACERDA et al., 2006); e de 2,6% em Manaus, em 2006 (DUTRA JR. et al., 2006). Entretanto, a diferença entre os métodos utilizados não permite fazer uma análise temporal.

#### 2. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo das mulheres profissionais do sexo do país como um todo.
- b) Foram incluídas na pesquisa somente mulheres profissionais do sexo.

#### 3. Fonte do Indicador:

- SZWARCWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

### Homens que fazem sexo com homens (HSH)

#### 1. Análise:

A prevalência de HIV em HSH em 2009 foi 12,6%. Estudos realizados anteriormente mostraram taxas de prevalência de HIV para essa população variando de 4,5% em 1999 (SZWARCWALD, 2000) à 10,8% (Ministério da Saúde, 2000).

## 2. Limitação:

Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos HSH do país como um todo.

## 3. Fonte do Indicador:

- KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

## Usuários de drogas injetáveis

### 1. Análise:

A prevalência de HIV entre usuários de drogas ilícitas em 2009 foi 5,9%, bem menor do que a prevalência em UDI encontrada em estudos anteriores, que variou entre 42% em 1999 (BRASIL, 2001) e 52,5% em 1998 (BRASIL, 2003).

### 2. Limitações:

- a) Pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras; dessa forma, o indicador se refere à estimativa ponderada para as 10 cidades e não é representativo dos usuários de drogas ilícitas do país como um todo.
- b) Foram incluídos na pesquisa usuários de drogas ilícitas e não somente UDI.

### 3. Fonte do Indicador:

- BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.

Pesquisa financiada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

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

### 24.1. Objetivo:

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

### 24.2. Análise:

Um total de 190.101 pacientes estavam em TARV no Brasil em 2008; destes, 34.678 pacientes iniciaram TARV no mesmo ano. Dos que iniciaram TARV em 2008, 98,7% continuavam em tratamento 12 meses após o início do tratamento. Esse percentual foi maior do que o encontrado em pacientes que iniciaram TARV em 2007: 81,9% continuavam em tratamento 12 meses após tê-lo iniciado.

### Observação:

Foi considerado como número total de pacientes em tratamento o número de pacientes em tratamento em dezembro de cada ano.

### 24.3. Informações adicionais:

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

### 24.4. Fonte do Indicador:

- Banco relacionado: SINAN/Aids + SISCEL/SICLOM +SIM

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

### 25.1. Objetivo:

Avaliar o progresso na eliminação da transmissão vertical do HIV.

### 25.2. Análise:

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

### 25.3. Informações adicionais:

O indicador não foi incluído, uma vez que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais não utiliza o aplicativo Spectrum do UNAIDS para realizar suas estimativas de transmissão vertical. Atualmente, o Departamento vem monitorando a transmissão vertical do HIV por meio do indicador “número e taxa de casos de aids em menores de cinco anos”. Esse indicador mostra que, no período de 1998 a 2008, o Brasil reduziu em 49,0% a incidência de casos de aids em crianças menores de cinco anos, incidência que passou de 5,9, em 1998, para 3,0 por 100.000 habitantes, em 2008.

### 25.4. Fonte do Indicador

- SUCCI, R. C. M.; Grupo de Estudos da Sociedade Brasileira de Pediatria para Avaliar a Transmissão Materno-Infantil do HIV. Transmissão materno-infantil do HIV no Brasil durante os anos 2000 e 2001: resultados de um estudo multicêntrico. Cad. Saúde Pública, [S.l.], v. 23, Supl. 3, p. S379-S389, 2007.