AIDS II

Relatório de Implementação e Avaliação - Dezembro de 1998 a maio de 2001

Acordo de Empréstimo • BIRD 4392/BR • 04 de maio de 2001

Sumário

Apresentação

Introdução

Principais características do Projeto do segundo projeto de controle das DST/Aids - AIDS II - Acordo de empréstimo BIRD 4392/BR....07
Aids no Brasil: principais tendências....11
Gestão do Aids II e estrutura organizacional....25

Parte I - Implementação Financeira....33

Desempenho financeiro do projeto....34
Desempenho financeiro da execução das agências de cooperação técnica internacional UNESCO e UNDCP....42

Parte II - Componente 1 - Promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas comHIV/aids, prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas....47

Campanha de massa e ações de prevenção....48
Mídia espontânea: assessoria de imprensa....72
Promoção de práticas seguras por meio de educação e prevenção entre populações específicas e outros grupos vulneráveis....75

Profissionais do sexo....76
Usuários de drogas (de um modo geral) e usuários de drogas injetáveis....82
Presídios (população confinada adulta)....96
Homens que fazem sexo com homens (HSH)....102
Garimpo e populações de reservas extrativistas e populações rurais....108
Caminhoneiros....111

Grupos populacionais vulneráveis....115

Mulheres....115
População em situação de pobreza....120
Criança, adolescente e jovens....124
Local de trabalho....132
Povos indígenas....136

Serviços de prevenção....140

Centros de testagem anônima (CTA)....140
Disque Saúde....144

Insumos de prevenção.....147
Promoção e garantia de direitos humanos das pessoas que vivem com HIV/aids.....160
Articulação com organizações da sociedade civil e acompanhamento de projetos de prevenção e assistência relacionados às DST/aids.....163

Parte III - Componente 2 - Diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas portadoras de DST, HIV e Aids

Diagnóstico e acompanhamento laboratorial e fortalecimento da rede de laboratórios para controle da qualidade e pesquisa.....174

Assistência e tratamento dos portadores de DST, HIV e Aids e implementação do sistema logístico de medicamentos.....189

Parte IV - Componente 3 - Desenvolvimento institucional e gestão do projeto.....211

Vigilância epidemiológica das DST/HIV/aids.....213
Treinamento de profissionais de instituições públicas e privadas que atuam na prevenção e controle das DST e aids.....226
Pesquisa e vacina.....240
Vacinas.....244
Cooperação externa: um desafio internacional.....259

Apresentação

O presente documento apresenta os principais resultados obtidos na implantação do segundo Acordo de Empréstimo com o BIRD, em seus dois primeiros anos de execução.

A prevenção e o controle das DST e aids são prioridades do País. O projeto co-financiado pelo Banco Mundial alcançou resultados positivos inquestionáveis. Os recursos disponíveis estão sendo utilizados prioritariamente em ações de prevenção, na garantia dos direitos humanos e no fortalecimento das instituições públicas e privadas que trabalham com HIV e aids no País.

O Relatório de Implementação e Avaliação do Aids II examina minuciosamente os procedimentos e formas de acesso aos meios de prevenção a todos os cidadãos brasileiros, isso inclui preservativos, agulhas e seringas; além, é claro, o acesso aos serviços de saúde e às terapias disponíveis, incluindo os medicamentos anti-retrovirais, a todos os brasileiros com aids. Mostra também o amplo envolvimento de diversos setores sociais, tais como as organizações da sociedade civil, o setor privado, os sindicatos e associações trabalhistas, os organismos sociais e especialmente as pessoas vivendo com HIV/aids.

Em razão dessas iniciativas, as expectativas pessimistas do início dos anos 90 foram convertidas em esperança, pois a projeção de 1,2 milhões de casos de aids para o ano 2000 não se concretizou, o que supostamente significa mais de 600 mil infecções evitadas. As taxas de infecção têm demonstrado tendência de declínio, como observadas em estudos sentinelas realizados entre os anos de 1997 e 1999, nas populações de clínicas de DST e serviços de pronto-socorro. Entretanto, a epidemia continua crescendo entre as mulheres.

Outro fato importante que se observa neste relatório são as estratégias de promoção à saúde realizadas sistematicamente e o apoio significativo das ações das organizações governamentais e não-governamentais. Como conseqüência destas o uso do preservativo vem aumentando de forma consistente. Em recente pesquisa, 63% dos homens relataram o uso do preservativo com parceria eventual, enquanto que 30,8% de mulheres relataram uso de preservativo com parceria eventual.

Além disso, o coeficiente de mortalidade por aids no País, nos últimos 4 anos, foi reduzido em 50%. Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, onde se concentra a maior parte da epidemia, esta redução foi de aproximadamente 70%. Isto foi possível porque o Brasil tem garantido o acesso a todas as pessoas vivendo com HIV à terapia anti-retorviral. Atualmente são 100 mil pacientes em uso de anti-retorvirais no País. Até ao final de 2001, o número de pacientes será de cerca de 115 mil pacientes.

Os resultados não se limitam à redução da mortalidade. Entre os anos de 1997 e 2000 foi reduzida a prevalência de infeções oportunistas em 80% e 234 mil internações foram evitadas, significando uma economia ao país de cerca de 711 milhões de dólares em assistência médica. E significando também uma melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids.

Paulo R. Teixeira
Coordenador

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGUNDO PROJETO DE CONTROLE DAS DST E AIDS - AIDS II - ACORDO DE EMPRÉSTIMO BIRD 4392/BR

O Segundo Projeto de Controle das DST e AIDS - o AIDS II - Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR, consignado entre a República Federativa do Brasil e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento, foi assinado em 11 de dezembro de 1998 e teve sua efetividade declarada em 09 de fevereiro de 1999. O Acordo prevê a execução de recursos financeiros no valor de US$ 300 milhões de dólares, sendo US$ 165 milhões recursos de empréstimo e US$ 135 milhões recursos de contrapartida nacional, provenientes dos níveis federal (US$ 78 milhões), estadual (US$ 32 milhões) e municipal (US$ 25 milhões).

Os intuitos do segundo acordo de empréstimo são aprimorar e ampliar as ações de promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais de pessoas que vivem com HIV e aids, prevenção das DST/aids, atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV e aids e o fortalecimento de instituições públicas e privadas que atuam na área. Estes objetivos iniciados no AIDS-I estão em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, a descentralização, a institucionalização e a sustentabilidade das políticas para as DST/aids no âmbito federal, estadual, municipal e de outras instituições públicas e privadas que atuam na área.

O Projeto AIDS II tem por objetivos Gerais

- Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/aids e outras DST;
- Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids e outras DST.

Os objetivos específicos do Projeto são:

- Promover a adoção de práticas seguras em relação às DST e aids;
- Aumentar a utilização de diagnóstico e aconselhamento em HIV e aids;
- Aumentar a utilização de serviços de diagnóstico, aconselhamento e tratamento das DST;
- Promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV e a aids;
- Aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/aids;
- Promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV à assistência de qualidade e adoção de práticas seguras em relação às DST, HIV e aids;
- Promover o acesso dos portadores de DST à assistência de qualidade na rede pública de saúde;
- Assegurar o diagnóstico laboratorial com padronização e qualidade para atender as ações do projeto;
- Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e aids.

O Projeto está estruturado em três componentes essenciais

1- Componente de Promoção à Saúde, de Proteção dos Direitos Fundamentais das Pessoas com HIV/aids e de Prevenção da Transmissão das DST, do HIV/aids e do Uso Indevido de Drogas;

2- Componente de Diagnóstico, Tratamento e Assistência às Pessoas Portadoras de DST/HIV/aids;

3- Componente de Desenvolvimento Institucional e Gestão do Projeto;

Para o Componente 1 está previsto a execução de US$ 128 milhões (43%), no Componente 2, US$ 102 milhões (34%) e no Componente 3, US$ 70 milhões (23%).

Principais ações a serem desenvolvidas por Componentes, conforme previsto no Project Appraisal Document - PAD:

Componente 1

- Campanhas publicitárias de massa, visando a reforçar o processo de conscientização e compreensão da transmissão da aids e das DST, e promover práticas mais seguras;
- Promoção de práticas seguras através de educação, distribuição de preservativos e programas de troca de agulhas;
- Intervenções entre subgrupos específicos com maior risco de contrair o HIV e outras DST, incluindo homens homossexuais e bissexuais, usuários de drogas intravenosas, profissionais do sexo, adolescentes, prisioneiros, caminhoneiros e outros; atividades preventivas orientadas para outros grupos vulneráveis, tais como mulheres e populações de baixa renda;
- Promoção de não-discriminação contra pessoas com HIV/aids pela Rede Nacional de Direitos Humanos;
- Subprojetos executados por ONG para prevenção de aids e DST, selecionados de forma competitiva;
- Serviços de aconselhamento e serviço de informação do Disque Saúde.

Componente 2

- Melhoria da operação, padronização e controle de qualidade em laboratórios de diagnósticos; implementação de Centros de Aconselhamento e Testagem Anônima - CTA e manutenção de centros (CTA) selecionados existentes; suporte de laboratórios de saúde pública municipais por meio de compra de equipamento e suprimentos para carga viral, células CD4 e outros testes diagnósticos;
- Assistência e tratamento a pessoas com HIV, aids e DST incluindo casas de apoio para o cuidado de pacientes com aids e casas para órfãos da aids, também implementará unidades especializadas de assistência existentes, hospitais-dia existentes, Programas de Assistência Domiciliar existentes e assistência a pacientes internos em hospitais;
- Fortalecimento de serviços de diagnóstico e tratamento de DST: treinamento em manejos de casos de DST; licenciamento de centros de referência nacional que revisarão e testarão normas e procedimentos e realizarão estudos especiais; e provisão de reagentes, medicamentos, preservativos, materiais educacionais e outros suprimentos;
- Implementação de um sistema de controle logístico centralizado para medicamentos e preservativos, a implementação de um Sistema de Controle de Custo para a assistência ao HIV/aids e o desenvolvimento de um sistema de referência para assistência ginecológica de mulheres HIV positivas.

Componente 3

- Vigilância Epidemiológica, incluindo pesquisas-sentinelas para HIV/aids e expansão/melhoramento do sistema de notificação de casos de HIV e DST, como também um estudo nacional de transmissão de DST, estudo de prevalência de HIV entre grupos de risco específicos, estudos de subtipos de HIV e outros estudos epidemiológicos;
- Os Laboratórios de Referência Nacional para HIV e DST, incluindo suporte para controle de qualidade em teste de laboratório, expansão da Rede Nacional de Estudos de resistência a medicamentos para tratar DST, implementação de uma Rede para monitorar a susceptibilidade do HIV a terapias anti-retrovirais;
- Atividades de treino, incluindo treinamento especializado de pessoal da CN-DST/AIDS,

de trabalhadores da área de saúde envolvidos na prevenção e tratamento entre grupos de alto risco, para pessoal de ONG no desenvolvimento e informação do Projeto, como também treinamento em aconselhamento e teste, epidemiologia e diagnósticos laboratoriais para aids e DST;

- Pesquisa incluindo estudos de sobrevivência, atraso na notificação de casos, infecções oportunistas, epidemiologia e projeções, custos e impacto, mudança comportamental, aids entre populações indígenas e em acampamentos de mineração e reservas extrativistas, um estudo nacional de mudança de comportamento sexual e outros. O componente também sustentaria a seleção e patrocínio de Centros Científicos de Excelência para realizar pesquisa multidisciplinar a longo prazo;
- Monitoramento e avaliação de atividades, incluindo o fortalecimento da supervisão e avaliação de CTA, laboratórios de saúde pública e a rede de investigação de casos de sífilis; avaliação de todas as instituições estaduais e municipais que executam atividade de Projeto; avaliação de projetos de ONG, incluindo o monitoramento de Projetos de ONG, estudos de KAP sobre o impacto de atividades preventivas no trabalho; workshops para integrantes de ONG em avaliação; preparação de relatórios de monitoramento e avaliação; estudos de impacto de Projeto; e avaliação de intervenções entre populações específicas.

AIDS NO BRASIL: PRINCIPAIS TENDÊNCIAS NA TERCEIRA DÉCADA DA EPIDEMIA

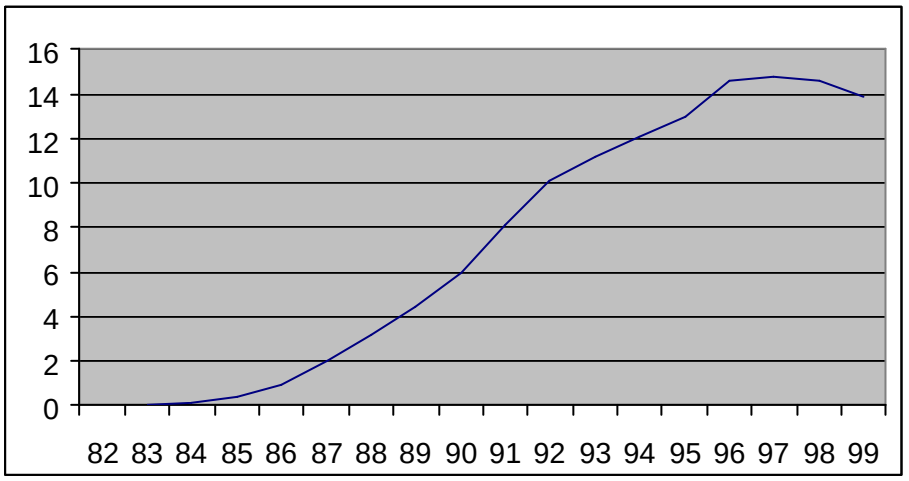
A EPIDEMIA DA AIDS NO BRASIL

A aids foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1980. Inicialmente, os segmentos populacionais afetados pela nascente epidemia foram basicamente os homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados (Bastos et al., 1995). Em meados da década de 80, entre os casos de transmissão sangüínea, outro segmento populacional destacou-se entre os novos casos de aids, o dos usuários de drogas injetáveis (UDI). Na primeira metade da década de 80, a epidemia manteve-se basicamente restrita a São Paulo e Rio de Janeiro, as maiores regiões metropolitanas do País, também denominadas metrópoles nacionais. A partir do final daquela década, observou-se a disseminação da epidemia para as diferentes regiões do Brasil. Apesar do progressivo registro de casos em todas as Unidades da Federação, ao longo das décadas de 80 e 90 e início da presente década, a epidemia da aids não se distribui de forma homogênea no País, observando-se uma maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas do País.

Nos últimos anos da década de 90, a freqüência de casos entre mulheres cresceu consideravelmente, passando também a predominar a transmissão heterossexual como forma preferencial de difusão do HIV.

As taxas de incidência no período de 1991 a 1999 passaram de 8,2 por 100.000 habitantes, em 1991, para 14,3 por 100.000 habitantes, em 1998 (Gráfico 1), e 11,2, em 1999 (taxas não corrigidas quanto ao atraso de notificação), e apresentam uma grande variação ao longo do território brasileiro. O número de novos casos apresenta-se estável desde 1996, com tendência de redução nos últimos dois anos devido à diminuição de casos em homens. A epidemia de aids no Brasil é, de fato, o somatório de subepidemias microrregionais em interação permanente, devido aos diferentes momentos de introdução da infecção pelo HIV no território nacional, às diferentes condições de vida das populações atingidas, às diferentes composições das populações regionais, aos padrões de mobilidade da população, entre outros.

Gráfico 1 - Taxa de incidência de AIDS (100.000 habitantes) segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1982-1999



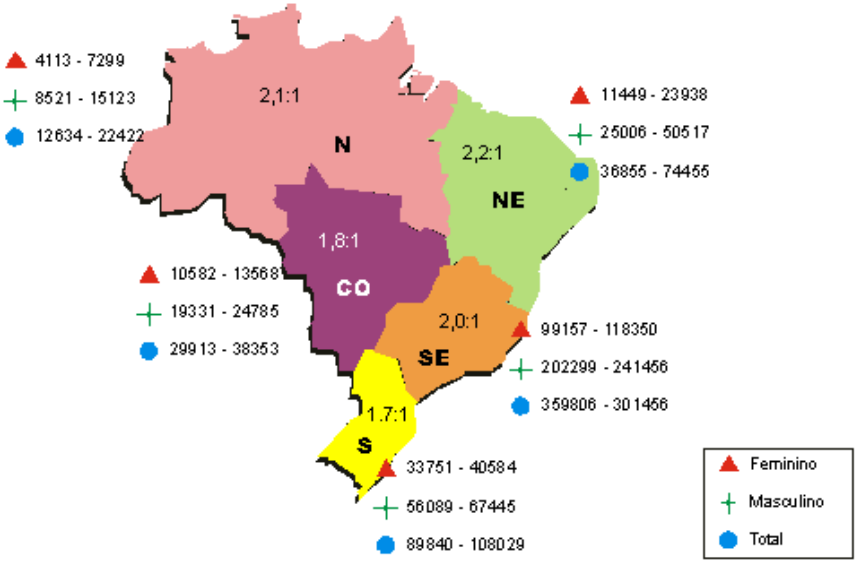
Fonte: CN-DST/AIDS, Set. 2000.

De 1980 até dezembro de 2000, 203.353 casos foram registrados pela Coordenação Nacional de DST/Aids. Destes, 7.085 foram registrados em crianças, 147.630 adultos do sexo masculino e 48.638 do sexo feminino. O grupo etário mais atingido, em ambos os sexos, tem sido o de 20-39 anos, perfazendo 70,08% do total de casos de aids notificados. Entre os casos de aids em indivíduos com mais de 13 anos de idade, no mesmo período de tempo, 72,44% dos casos notificados (excluindo os casos com categoria de exposição ignorada) encontram-se na categoria de exposição sexual e 27,55% na categoria de exposição sangüínea, destes 91,69% referentes à subcategoria UDI (Ministério da Saúde, 2000).

ESTIMATIVA DO NÚMERO DE INFECTADOS

A partir de estudos de prevalência do HIV em parturientes, nos cortes do Projeto Sentinela referentes aos anos de 1997 e 1998, estimou-se, utilizando procedimentos estatísticos para que os resultados pudessem ser generalizados em nível nacional, que, para o ano de 1998, cerca de 530 mil indivíduos, na faixa etária de 15 a 49 anos, estavam infectados pelo HIV. Utilizando-se os cortes de 1999, a estimativa foi de cerca de 620.000 indivíduos infectados. Deve-se salientar que a diferença observada entre as duas estimativas deve ser vista com cautela, uma vez que os intervalos de confiança são amplos e se sobrepõem. Até junho de 2001 estará disponível uma nova estimativa de infectados, baseada em inquérito sorológico com plano amostral específico para esta estimativa. O grupo-sentinela das parturientes foi selecionado para estimação das prevalências da infecção pelo HIV por ser considerado, preferencialmente, o segmento populacional cujas taxas mais se aproximam daquelas apresentadas pelas mulheres na população geral, sendo o número de infectados do sexo masculino calculado com base nas razões de sexo entre as taxas de incidência acumuladas preditas para o ano 2003, próximas a 2 homens para 1 mulher (2:1), tendo em conta que o cálculo das razões de sexo entre as proporções de infectados nos demais grupos-sentinela (pacientes de clínicas de DST e pacientes atendidos em unidades de pronto-socorro) forneceu valores próximos à razão predita (Szwarcwald & Castilho, 2000). Estas estimativas estão dispostas na Figura 1 e quadro 1.

Figura 1 - Estimativa do número de infectados pelo HIV na faixa etária de 15 a 49 anos por macrorregião. Brasil, 1998*



*Baseado no intervalo de confiança de 68% para proporções de infecção pelo HIV entre gestantes de 15 a 34 anos

Quadro 1- Estimativas do número, proporção (%) de infectados de 15-49 anos pelo HIV e correspondentes limites de 68% de confiança, segundo o sexo. Brasil, 1998 e 1999

Sexo		1998			1999		
		Estimativa	Limite Inferior	Limite Superior	Estimativa	Limite Inferior	Limite Superior
Feminino	Nº	181609	159452	203739	223768	193157	254059
	p (%)	0,408	0,358	0,458	0,492	0,425	0,559
Masculino	Nº	355311	311246	399326	399205	369582	428609
	p (%)	0,824	0,722	0,926	0,906	0,839	0,973
Total	Nº	536920	470698	603065	622973	562739	682668
	p (%)	0,613	0,537	0,689	0,696	0,629	0,763

TENDÊNCIAS DA EPIDEMIA

Interiorização

A análise das figuras 2 e 3 evidencia a nítida expansão da doença do litoral sudeste para as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Em 1997, 59% dos então 5.507 municípios brasileiros (hoje, 5.548 municípios) registravam pelo menos 1 caso de aids. Apesar de apresentar as maiores taxas de incidência, a Região Sudeste é a que apresenta atualmente o menor ritmo de crescimento e a maior tendência à estabilidade. Trata-se da região mais populosa e mais intensamente interligada pelas vias de comunicação (Barcellos & Bastos, 1996), da região mais urbanizada e que conta com o maior número de municípios de grande e médio porte e, ainda, da região onde a epidemia é mais antiga, como demonstrado pelos estudos de epidemiologia molecular (MS, 1999).

Figura 2 - Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de AIDS registrado. Brasil, 1984 - 1986

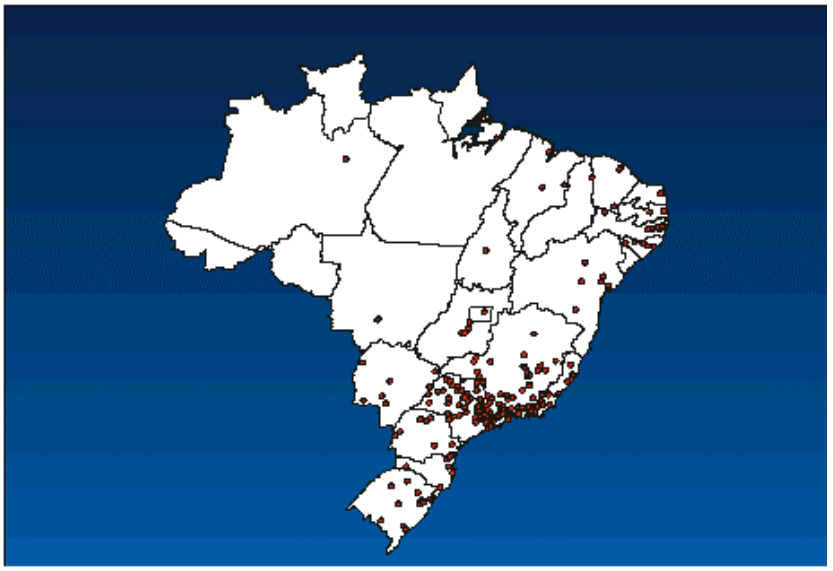


Figura 3 - Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de AIDS registrado. Brasil, 1994 - 2000

A análise da expansão da epidemia, segundo estratos referentes às populações dos diferentes municípios, mostra que a epidemia teve início nos grandes centros urbanos, mas que esses mesmos centros detêm, a partir do final da década de 80, o menor aumento relativo do crescimento. Observa-se que os maiores ritmos de crescimento vêm sendo observados nos últimos anos da série histórica entre os municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes, evidenciando-se que nesses municípios a epidemia está, ainda, na fase inicial de expansão. Entre os municípios com mais de 500.000 habitantes, com exceção da região Sul, vem ocorrendo o inverso, a desaceleração da velocidade de crescimento (Szwarcwald et al., 2000).

Tabela 1 - Taxas médias de incidência de AIDS (100.000 hab.) por categoria populacional do município (segundo número de habitantes) e período de tempo. Brasil, 1987 - 1996

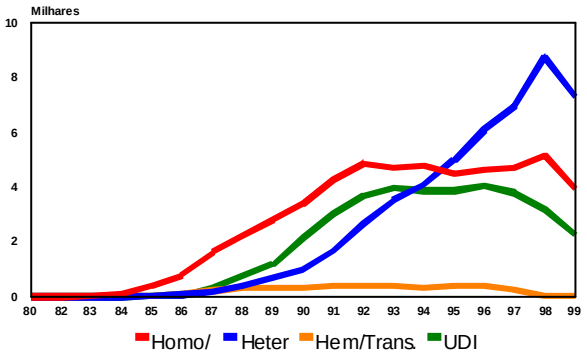
Categoria populacional	*Período de Tempo*		
(N.° Hab)	**1987 - 1989**	**1990 - 1992**	**1993 – 1996**
0 - 50.000	0,56	1,87	4,03
50.001 - 200.000	2,31	7,73	13,92
200.001 – 500.000	6,45	17,17	27,30
500.001 e mais	10,93	24,70	32,40
Total	**4,68**	**11,74**	**17,56**

Fonte: Szwarcwald et al., 2000

Embora haja sinais de expansão recente da epidemia entre os municípios predominantemente rurais, a epidemia no Brasil ainda é um fenômeno urbano. De regional e restrita a determinados segmentos populacionais, a epidemia da aids no Brasil passou a ser nacional ao longo do período, não se restringindo mais aos grandes centros urbanos e atingindo atualmente quase 60% dos 5.548 municípios brasileiros, como visualizado nas Figuras 2 e 3, com disseminação maior nos últimos anos entre municípios pequenos, os mais pobres e com menor renda per capita na malha municipal brasileira (Szwarcwald et al., 2000).

Feminização

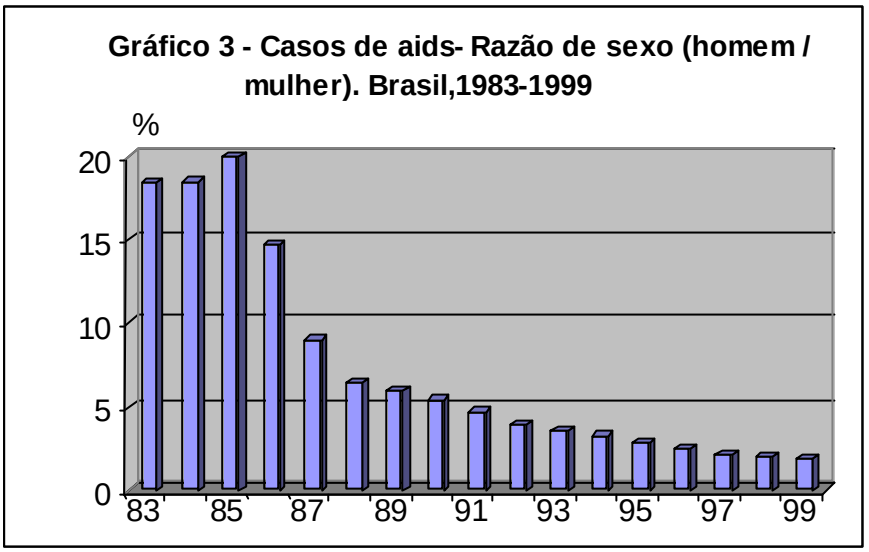
No ano de 1984, 66,4% dos casos notificados no Brasil eram referentes a homo/bissexuais masculinos. Progressivamente, observou-se uma tendência de decréscimo e posterior estabilização do percentual de casos nessa subcategoria de exposição que, em 1999, equivalia a 22,33%. Essa tendência pode ser observada, ao longo do período analisado, em todas as regiões do Brasil (Ministério da Saúde, 2000).



** Excluídos casos com categoria de exposição ignorada.*
*** Casos notificados até 30/12/00. Fonte: CN-DST/AIDS, 2000.*

A subcategoria heterossexual é a que apresenta uma maior tendência de crescimento em anos recentes. O aumento de casos devidos à transmissão sexual entre indivíduos com práticas heterossexuais fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres na dinâmica da epidemia, constatando-se uma progressiva redução da razão de sexo, de um modo geral, e levando-se em consideração todas as categorias de exposição. De 25 homens:1 mulher, em 1985, esta razão passou para 2 homens : 1 mulher, em 1999.

Gráfico 3 - Casos de aids - Razão de sexo (homem/ mulher). Brasil,1983-1999



Fonte: CN-DST/AIDS, 2000.

Enquanto os incrementos relativos do número de casos em mulheres vêm sendo observados em todas as regiões do Brasil, vem sendo igualmente observada uma desaceleração do crescimento da epidemia entre os homens na região Sudeste (Szwarcwald et al., 2000). Uma das conseqüências do impacto da aids em mulheres é o expressivo número de órfãos, estimado em 29.929 (Tabela 2), e todas as conseqüências daí decorrentes.

Tabela 2 - Estimativas e projeções do número acumulado de órfãos decorrentes da aids materna, por grande região. Brasil 1978-1999

Região	*N° acumulado de órfãos*
Norte	1.180
Nordeste	3.987
Sudeste	19.722
Sul	3.148
Centro-Oeste	1.892
Brasil	29.929

Fonte: Szwarcwald et al., 2000

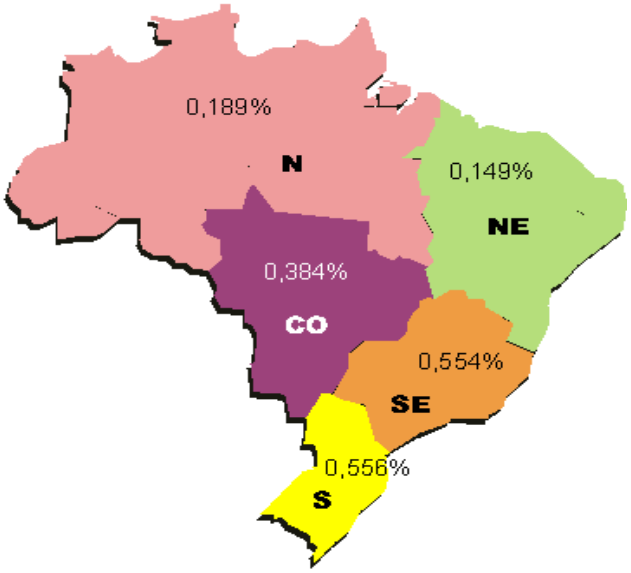
Outra conseqüência direta dessa maior participação feminina é o progressivo aumento da transmissão vertical. O primeiro caso de aids decorrente de transmissão vertical foi registrado no Brasil em 1985, em São Paulo. Daí, até dezembro de 2000, foram notificados 5.736 casos atribuídos a essa forma de transmissão (Ministério da Saúde, 2000). No período de 1984-1987, a transmissão vertical era responsável por cerca de 22,0% dos casos de aids em crianças, passando esta proporção a 87,5%, em 1996/1997.

Avanços recentes na prevenção da transmissão vertical e a garantia, por parte do Ministério da Saúde, de disponibilização, a custo zero, do esquema de tratamento utilizado no protocolo ACTG-076 (Connor et al., 1994) a todas as gestantes sabidamente infectadas pelo HIV e a seus filhos, permitiram a redução da transmissão vertical. Tais iniciativas são possivelmente responsáveis pela diminuição, em anos recentes, do número dessas ocorrências (não sendo possível descartar outros fatores, como o tratamento sistemático das mulheres com anti-retrovirais, com a conseqüente redução da carga viral plasmática, e, conseqüentemente, da chance de transmitir o HIV para seus parceiros e para os seus conceptos). No entanto, a identificação de gestantes infectadas pelo HIV tem sido difícil, constituindo-se numa das principais barreiras para a redução dessa forma de transmissão do HIV no Brasil.

No Brasil, uma parcela relevante das gestantes ainda procura cuidados de pré-natal em estágio avançado de gestação ou não recebem cuidados apropriados (Santos et al., 2001).

Estima-se que, no Brasil, 12.898 gestantes estão infectadas pelo HIV, com base nos estudos-sentinela da infecção pelo HIV realizados no País. Esse número corresponde a 0,4% do total estimado de gestantes para 1998. Diante dessa situação, foi implantada a Vigilância de Gestantes HIV+ e Crianças Expostas" que possibilita desde o rastreamento da infecção no pré-natal - condição inicial para o desencadeamento das ações profiláticas -, até a mensuração da prevalência da infecção infantil, produto final e indicador de impacto das ações profiláticas desenvolvidas. Além disso, os dados referentes ao acompanhamento contínuo da prevalência da infecção entre as gestantes fornecem um indicador mais representativo da dinâmica da infecção entre as mulheres, uma vez que tem base populacional, possibilitando a detecção precoce de flutuações da prevalência e/ou alterações do perfil epidemiológico da infecção (Ministério da Saúde, 2000).

Figura 4 - Estimativa da proporção de gestantes infectadas pelo HIV segundo macrorregião. Brasil, 1998



A predominância da transmissão perinatal dentre os casos pediátricos no Brasil tem alterado substancialmente o perfil etário de ocorrências destes casos. No ano de 1990, 57,1% das crianças notificadas pertenciam a esta categoria de exposição, enquanto que, em 1999, este percentual era de 90,5% dos casos pediátricos. Excluída a percentagem de casos com categoria de exposição ignorada, as demais categorias podem ser consideradas residuais.

Pauperização

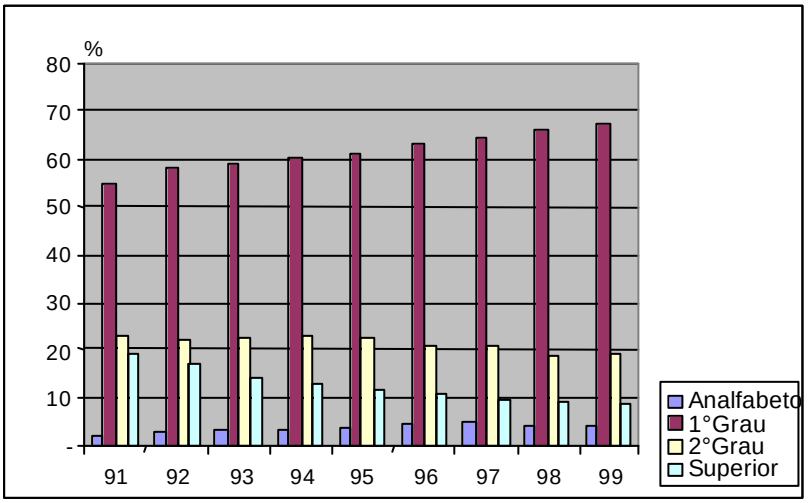
A posição do indivíduo na estrutura social constitui um importante preditor das suas condições de saúde, sendo os padrões de risco quase invariavelmente desvantajosos para os indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados (Szwarcwald et al., 2000). O nível educacional é considerado um bom indicador do nível socio-econômico, por constituir um indicador de fácil obtenção e possuir uma grande importância como determinante de saúde, além de não apresentar flutuações de curto prazo potencialmente associadas ao próprio processo de adoecimento (com exceção de crianças em idade escolar).

A escolaridade tem sido utilizada como uma variável identificadora do perfil socioeconômico dos casos notificados, embora ainda seja elevado o percentual de casos com escolaridade ignorada.

A epidemia de aids, no Brasil, se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade. Até 1982, a totalidade dos casos com escolaridade conhecida tinha nível superior ou um mínimo de 11 anos completos de estudo. Nos anos subseqüentes, vem-se observando uma tendência de aumento no registro de casos com menor grau de escolaridade. Em 1999, entre os casos com escolaridade conhecida, observou-se que 71,83% dos casos eram analfabetos ou possuíam até 8 anos de escolaridade, e apenas 28,17% possuíam mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior (Ministério da Saúde, 2000).

Dentre os casos de aids notificados até 29 de maio de 1999, em pessoas entre 20 e 69 anos, utilizando um modelo logístico de análise discriminante para reclassificar os casos com escolaridade ignorada, pode-se perceber que o risco a que estão expostos os indivíduos do sexo masculino de maior escolaridade ainda é superior àquele observado entre os indivíduos de menor escolaridade, com exceção da região Sudeste, onde a epidemia é mais antiga; e na região Centro-Oeste, onde os dois grupos apresentam riscos comparáveis.

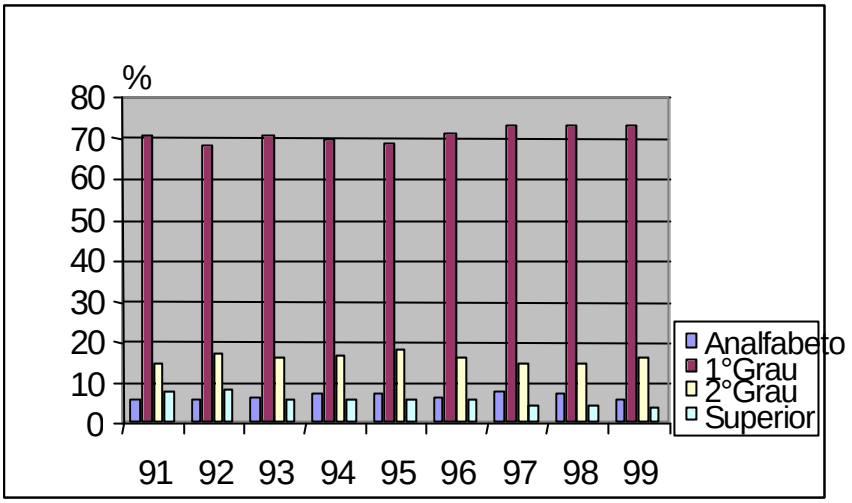
Gráfico 4 - Percentual de casos de aids em homens maiores de 19 anos, por ano e escolaridade informada. Brasil, 1991-1999.



Fonte: CN-DST/AIDS, 2000.

Para o sexo feminino, o risco, no mesmo período, é maior entre as mulheres de menor escolaridade, nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. O risco é similar entre as duas categorias de escolaridade nas regiões Norte e Sul, e o risco é ampliado entre as mulheres com maior escolaridade na região Nordeste.

Gráfico 5 - Percentual de casos de aids em mulheres maiores de 19 anos, por ano e escolaridade informada. Brasil,1991-1999



Fonte: CN-DST/AIDS, 2000.

Ainda com relação à escolaridade, observa-se que a incidência de casos vem aumentando tanto em homens quanto em mulheres com até 8 anos de escolaridade. Entre os indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade, observa-se uma redução do número de casos entre os homens, o mesmo não acontecendo no sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2 - Taxas de incidência de AIDS, segundo sexo e grau de escolaridade* para indivíduos com 20-69 anos de idade por ano de diagnóstico. Brasil, 1990-97

Sexo	*Escolaridade*	*Ano de diagnóstico*								*Taxa de Variação anual***	*P****
		90	91	92	93	94	95	96	97		
Masculino	Até 8 anos	14,7	19,9	25,2	28,3	30,4	31,7	33,4	35,0	17,6%	0,001
	+ de 8 anos	31,3	36,9	41,7	41,2	40,8	39,6	37,0	34,3	04,9%	0,056
Feminino	Até 8 anos	03,1	04,7	06,8	08,6	09,6	11,0	13,3	15,6	25,7%	0,000
	+ de 8 anos	02,2	03,1	05,1	06,0	06,7	07,8	08,6	09,5	24,5%	0,001
Total	Até 8 anos	08,8	12,2	15,9	18,3	19,8	21,2	23,2	25,1	16,3%	0,003
	+ 8 anos	16,1	19,2	22,5	22,7	22,9	22,9	22,1	21,3	04,8%	0,047

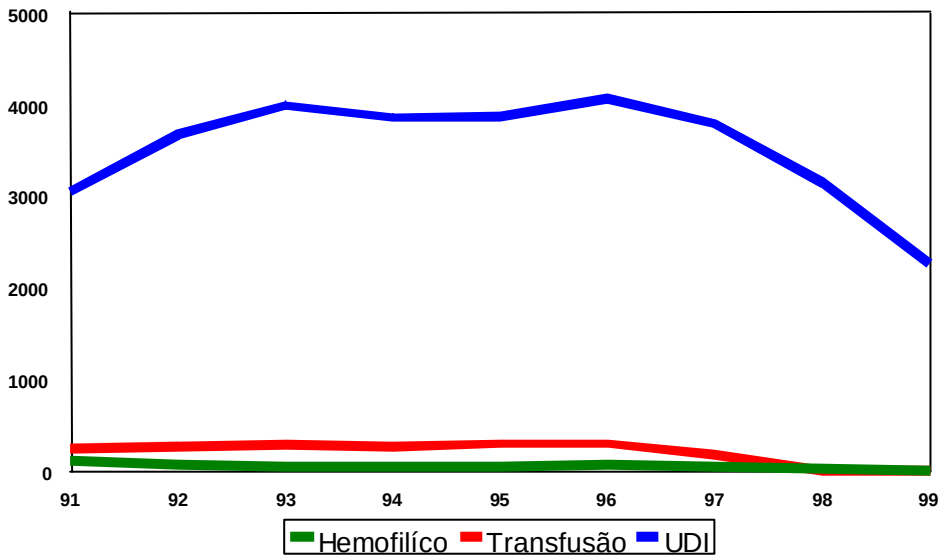
**Os casos com escolaridade ignorada foram corrigidos por um modelo de análise discriminante.*
*** As tendências foram analisadas para o período de 1990-96.*
****Valores de p*

Redução da Transmissão Sangüínea

A transmissão sangüínea do HIV em hemofílicos e indivíduos que receberam transfusão de sangue, segmento populacional intensamente atingido no início da epidemia, vem apresentando um importante declínio ao longo do tempo. Essa queda é decorrente do rigoroso controle do sangue e hemoderivados, adotado, de forma sistemática, a partir da disponibilidade dos testes laboratoriais para detecção de anticorpos anti-HIV, em 1986. Essas subcategorias representavam 78,9% da categoria de exposição sangüínea em 1984, enquanto em 1999 passaram a representar 1% dos casos vinculados à exposição sangüínea. Por outro lado, observou-se uma rápida e extensa difusão dos casos de usuários de drogas injetáveis em determinadas áreas geográficas. Em 1984, 21,0% dos casos de aids por transmissão sangüínea eram atribuídos ao uso de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas e seringas (ou outros equipamentos de injeção). Essa subcategoria que, em 1999, representava 99% das ocorrências por transmissão sangüínea, também vem experimentando, em anos mais recentes, uma tendência de declínio da sua participação proporcional no conjunto da epidemia (Ministério da Saúde, 2000).

Aumento do tempo de sobrevida

Gráfico 6 - Percentual dos casos de aids, segundo o ano de diagnóstico e subcategoria de exposição sangüínea. Brasil, 1991-1999*.



** Casos notificados até 30/12/00. Fonte: CN-DST e Aids/SPS/MS.*

Observa-se uma queda das taxas de mortalidade por aids no País, a partir de 1995, coincidindo com a adoção das terapias anti-retrovirais e a prática da distribuição universal e gratuita desses medicamentos pelo Ministério da Saúde (que se amplia e se diversifica substancialmente a partir de 1996). Acompanhando a evolução da mortalidade por aids no Brasil, observa-se que a variação percentual correspondeu a um aumento de 13,1% entre 1994 e 1995, com uma queda de 37,9% entre 1995 e 1997. Esta tendência de queda na mortalidade não é homogênea, variando segundo áreas geográficas, sexo, grau de escolaridade e categoria de exposição.

Essa queda é mais evidente nas regiões Sudeste e Centro-Oeste e nos indivíduos do sexo masculino.

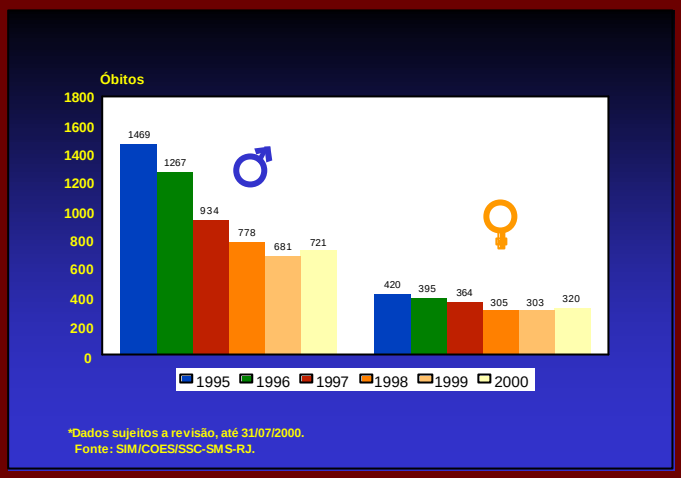


Gráfico 8 - Óbitos por aids, números absolutos segundo sexo. Município de São Paulo - Brasil, 1995 a 1999

Em que pesem os progressos alcançados na redução da mortalidade, o impacto da aids ainda é muito expressivo sobre a mortalidade em adultos em idade produtiva, representando a 4ª causa de óbito no grupo de 20 a 49 anos, no ano de 1996. A razão de óbitos por aids em adultos/adolescentes, que era de 28:1, em 1985, passou para 3:1, em 1995. No Brasil, 42% dos óbitos por AIDS ocorreram no grupo etário de 25-34 anos e 80% na faixa etária de 20-44 anos. De 1985 a 1995, a proporção de mortes secundárias à aids, em homens de 25 a 34 anos, aumentou de 0,2% para 11,3%; para o sexo feminino (nessa mesma faixa etária) apresentou um incremento de 2,2% para 9,9%, neste mesmo período.

As taxas de mortalidade para aids vêm decrescendo menos rapidamente entre as mulheres

do que entre os homens. A diferença entre as tendências das taxas de mortalidade em homens e mulheres pode ser devida às diferenças de acesso aos cuidados para HIV/Aids (Santoro-Lopes et al., 1998), entre outros fatores propriamente epidemiológicos anteriormente mencionados, possivelmente expressando uma difusão mais vigorosa do HIV/Aids entre as mulheres em anos recentes. Um aparente decréscimo nas taxas de mortalidade foi observado no Rio de Janeiro em São Paulo, entre os homens, antes de 1996 (ano de introdução da HAART) (Lowndes et al., 2000). Após 1996, pôde ser verificado um aumento de sobrevida e/ou redução do número de óbitos também entre as mulheres, ainda que obedecendo a uma tendência menos expressiva de declínio (Lowndes et al., 2000).

Os avanços da terapia anti-retroviral vêm obrigando a vigilância epidemiológica a repensar sua prática, uma vez que a simples consolidação dos dados de aids não mais espelha a realidade da epidemia, antes reflete o modo como a transmissão do HIV ocorria há alguns anos, com um intervalo progressivamente maior entre novas infecções e definição sindrômica (caso de Aids). A tendência a médio e longo prazo, com o acesso precoce às profilaxias e aos tratamentos atuais, é de que as pessoas com o HIV permaneçam um tempo bastante longo nesta condição, sem preencherem os critérios de definição de caso de aids e, portanto, sem serem notificados, o que acarreta distorções na interpretação da evolução da epidemia e dificulta as atividades de planejamento das ações de prevenção e assistência.

Em decorrência destes avanços, a vigilância epidemiológica vem ampliando suas atividades no campo do monitoramento da infecção pelo HIV através dos estudos-sentinela que vêm sendo realizados desde 1992 e da vigilância do HIV em gestantes e crianças expostas, em fase de implantação em todo País. Outras iniciativas em curso se referem a assim denominada "vigilância de segunda geração", que incorpora dados não exclusivamente referentes à infecção pelo HIV, mas variáveis comportamentais, (re)avaliadas em intervalos regulares de tempo.

Fatores Comportamentais

Na busca de se identificar fatores que possam estar contribuindo para essa situação, a "Pesquisa sobre o Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção do Risco para o HIV/AIDS" (Berquó et al., 1999) foi conduzida em 183 microrregiões urbanas do País, no ano de 1998, em uma amostra de 3.600 indivíduos de 16 a 65 anos. Tal pesquisa mostrou que 80% das pessoas, dos 16 aos 65 anos, são sexualmente ativas, sendo os homens (aparentemente, uma vez que existem possivelmente efeitos das desigualdades de gênero sobre a acurácia das respostas) mais ativos sexualmente (87%) do que as mulheres (72%). Na faixa etária dos 26 aos 40 anos, estão 89% da população sexualmente ativa. Do total de pessoas sexualmente ativas, 81% mantiveram relações estáveis nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, 6% relações eventuais e 13% relações de ambas as naturezas. No referido período, 71% das mulheres mantiveram relações sexuais com um único parceiro, contra 46% dos homens.

Cerca de 35% das pessoas relataram ter tido relações sexuais com dois ou mais parceiros e 6% com mais de cinco parceiros no período. Essa mesma pesquisa mostrou que grande parte da população já se "percebeu" exposta (vulnerável) à infecção e que 20% fizeram exame sorológico para a infecção pelo HIV, em serviços públicos ou privados. A faixa etária que mais demandou estes testes foi a de 26 a 40 anos.

Em relação ao uso de preservativos, 64% da população sexualmente ativa disseram ter utilizado ou estar utilizando o preservativo, nos últimos 12 meses, sendo que, entre os jovens, esse percentual chegou a 87%. Um dado que chama atenção é que 48% dos que disseram estar utilizando ou ter utilizado o preservativo, o fizeram pela primeira vez nos últimos 5 anos, demonstrando uma adesão crescente ao emprego desse método de prevenção. Dados da indústria dos preservativos demonstram que, em 1992, foram comercializados, no Brasil, 50 milhões de unidades/ano, chegando esse número a 300 milhões, em 1998.

A "Pesquisa Comportamental de Conscritos de Exército Brasileiro", realizada por ocasião da apresentação destes ao Exército Brasileiro, no ano de 1998, em três estratos compostos por: a) municípios de 5 estados do Norte e Centro-Oeste; b) municípios dos estados da região Sul; e c) municípios do Rio de Janeiro e São Paulo), coletou informações sobre condições socioeconômicas, práticas sexuais, uso de drogas injetáveis e problemas relacionados às infecções sexualmente transmissíveis, em aproximadamente 30.000 homens de 17 a 18 anos, permitindo associá-las, pela primeira vez, aos resultados de exames sorológicos para a infecção pelo HIV.

Entre os resultados dessa pesquisa, pode-se verificar que a grande maioria dos conscritos é composta por homens solteiros que moram com a família. Os conscritos residentes no Norte e Centro-Oeste possuíam menor renda familiar, nível mais baixo de instrução, maior taxa de atividade sexual (referida), idade mais precoce de início do relacionamento sexual, maior número de parceiros no último ano, menor taxa de uso de preservativo e maior percentual de uso de drogas injetáveis. Foi também nesse estrato que se encontrou a maior proporção de infectados pelo HIV (0,2%). Os conscritos com maior nível de instrução são aqueles que apresentam freqüências mais baixas de atividade sexual, iniciam a vida sexual mais tardiamente e relatam menor número de parceiros sexuais. Quanto ao uso de drogas injetáveis, observou-se que essa prática diminui à medida que cresce o grau de escolaridade. O grau de escolaridade demonstrou influenciar o percentual de parceiros fixos, no conjunto de parcerias de natureza diversa, significantemente mais elevado entre os conscritos com maior escolaridade.

A pesquisa mostrou, ainda, que uma elevada proporção de conscritos relatou haver utilizado preservativos na última relação sexual. Analisando-se o uso do preservativo nos últimos 12 meses, observou-se que este uso diminui quando os parceiros são fixos, aumentando progressivamente no caso de parceiros casuais, pagantes ou pagos. Este uso aumenta ainda de acordo com o grau de escolaridade. O menor número médio de parceiros pagos ou pagantes é encontrado no Rio de Janeiro e São Paulo e o maior no Norte e Centro-Oeste.

Essa pesquisa identificou a escolaridade como a variável com maior poder explicativo das diferenças relativas às práticas sociais de risco (Szwarcwald et al., 2000). Para os indicadores referentes à freqüência de usos de preservativo por nível de instrução, o grupo com menos anos de estudo apresentou diferenças significativas em relação aos demais, sendo que, de uma maneira geral, a proporção de uso de preservativos cresce com o grau de escolaridade. Ainda neste estudo observou-se que 49,5% dos jovens referiam o uso do preservativo em todas as relações sexuais, esse número subia para 69% quando referente apenas à última relação.

Quanto a problemas relacionados às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), um percentual superior a 10% relatou ter apresentado pelo menos um sinal/sintoma relacionado às DST. Os problemas mais citados foram as bolhas e as feridas no pênis, enquanto o menos freqüente foi a ocorrência de verrugas. Associações significativas entre o grau de escolaridade e a ocorrência de, pelo menos, um problema relacionado às DST, puderam ser mostrados por meio do procedimento de regressão logística. Para a variável "corrimento no canal urinário", comparando-se os conscritos com primeiro grau completo àqueles com segundo grau completo, esta razão atinge 2,8. Os resultados indicam, portanto, corroborando estudos desenvolvidos em outros países (especialmente na Tailândia, em se tratando de conscritos), que os jovens de mais baixo nível de instrução e baixo nível socio-econômico são os mais suscetíveis às DST. O estudo aponta para a importância da implementação de programas para adolescentes voltados para a prevenção de comportamentos sexuais de risco.

Referências

Barcellos C & Bastos FI (1996). Social networks and diffusion of AIDS in Brazil. Bol Oficina Sanit Panam 121(1):11-24.

Bastos FI, Telles PR, Castilho EA & Barcellos C, (1995, 2a edição 1999). A epidemia de AIDS no Brasil. In: Minayo, MCS (org.). Os muitos brasis: Saúde e população na década de 80, pp. 245-268. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec & ABRASCO.

Berquó E et al. (2000). Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde

Connor EM, Sperling RS, Gelber R et al. (1994). Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 331:1173-80.

Lowndes CM, Bastos FI, Giffin KM, Vaz dos Reis AC, d'Orsi E & Alary M (2000). Differential trends in mortality from AIDS in men and women in Brazil (1984-1995). AIDS 14(9):1269-73.

Santos V, Bastos FI, Nielsen K et al. (2001). A prospective study of the feasibility of rapid HIV testing in pregnant women during the peripartum period in Rio de Janeiro, Brazil. 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, EUA.

Santoro-Lopes G, Harrison LH, Moulton LH,

Lima LA, de Pinho AM, Hofer C, & Schechter M (1998). Gender and survival after AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 19(4):403-7.

Szwarcwald CL & Castilho EA, (2000). Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. Cad Saude Publica16(Suppl 1):135-41.

Szwarcwald CL, Andrade CL & Castilho EA (2000). Estimativa do número de órfãos decorrentes da AIDS materna, Brasil, 1987-99.Cad Saude Publica 16(Suppl 1):129-34.

Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa A, Gomes MR, Costa EA, Maletta BV, de Carvalho RF, de Oliveira SR & Chequer P, (2000). Comportamento de risco dos conscritos do exército brasileiro, 1998:uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socio-econômicos. Cad de Saude Publica 16(Suppl 1):113-28

Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Pina MF, & Esteves MA (2000). Health conditions and residential concentration of poverty: a study in Rio de Janeiro, Brazil. J Epidemiol Community Health 54(7):530-6.

GESTÃO DO AIDS II E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Coordenação Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde, é a instância responsável pela execução da política setorial do componente Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Esta responsabilidade pode ser traduzida pelas atribuições de formulação de políticas, incluindo a definição de diretrizes e estratégias que orientam as ações de promoção à saúde e de prevenção e assistência às DST e HIV/aids. Ainda, o Projeto se insere no contexto da Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde, do Ministério da Saúde, que tem como uma de suas atribuições o acompanhamento da gestão de projetos co-financiados por organismos internacionais.

Estrutura organizacional da Coordenação Nacional

UNIDADES DE ASSESSORAMENTO

- Assessoria de Comunicação
- Assessoria de Informática
- Assessoria de Planejamento e Avaliação
- Assessoria de Cooperação Externa

UNIDADES TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS

- Unidade de Prevenção
- Unidade de Assistência
- Unidade de Epidemiologia
- Unidade de Treinamento
- Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e de Direitos Humanos
- Unidade de Monitoramento e Auditoria Preventiva
- Unidade de Administração
- Unidade de Controle de Orçamento e Finanças

Instâncias de Articulação

Como forma de aprimorar a gestão estratégica e ampliar a participação de outras instâncias na formulação, execução, acompanhamento e avaliação de políticas de saúde para prevenção e controle das DST e aids, foram instituídos Comitês e Comissões, com abrangências de atuação diferenciadas entre eles.

Com relação aos comitês, além dos já existentes, foram reestruturados outros, de acordo com as necessidades de resposta à epidemia, e estão destacados "em negrito", conforme demonstrado a seguir:

- Comissão de Gestão das Ações de DST e Aids
- Comissão Nacional de Aids
- Comitê de Vacinas
- Conselho Empresarial
- Comitê Diretivo de Pesquisas
- Comitê Diretivo de Avaliação e Seleção de Projetos de ONG

Comitês de Assessoramento:

- Comitê Assessor para prevenção e controle das DST/HIV/aids entre homens que fazem sexo com homens (HSH)
- Comitê Assessor para prevenção e controle das DST/HIV/Aids entre Trabalhadores do Sexo
- Comitê Assessor para prevenção e controle das DST/HIV/Aids para população prisional
- Comitê Assessor para prevenção e controle das DST/HIV/Aids para População em Situação de Pobreza
- Comitê Assessor para prevenção e controle das DST/HIV/Aids entre Homossexuais
- Comitê Assessor de prevenção entre Mulheres
- Comitê Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis

- Comitê Assessor de Vigilância Epidemiológica
- Comitê Assessor em Epidemiologia
- Comitês Assessores para Terapia Anti-Retroviral
- Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes
- Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral em Crianças
- Comitê Assessor para Co-Infecção HIV-Tuberculose
- Comitê Assessor para Imunizações em HIV/Aids
- Comitê Assessor Para Co-Infecção HIV/Hepatites Virais
- Comitê Assessor da Rede de Isolamento e Caracterização do HIV
- Comitê Assessor da Rede de Resistência do HIV frente aos Anti-retrovirais
- Comitê Assessor da Rede de Vigilância da Suscetibilidade da *N. gonorhhoeae* aos Antimicrobianos
- Comitê Assessor do Sistema de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais de DST e Aids
- Comitê Assessor das Redes de Carga Viral e de Contagem de Linfócitos T CD4+
- Comitê de Assessoramento em Saúde Mental e Aids

Os grupos matriciais e grupos temáticos constituídos em 1999 continuam atuantes e estão estruturados na forma a seguir:

Grupos Matriciais:

- Forças Armadas
- Presídios
- Conselhos de Classe
- Populações Indígenas
- Crianças e Adolescentes
- Assistência Social

Câmaras Técnicas:

- Promoção, Proteção e Prevenção
- Diagnóstico, Tratamento e Assistências às Pessoas Portadoras de DST/HIV/Aids
- Fortalecimento Institucional dos Executores

Grupos Temáticos:

- Sífilis Congênita
- DST
- Drogas e Aids
- Transmissão Vertical
- Resistência aos Anti-retrovirais
- Binômio HIV-Tuberculose
- Adesão aos Anti-retrovirais
- Projetos com a Sociedade Cívil

REDE DE ATORES ENVOLVIDOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO AIDS-II

Objetivando garantir uma resposta mais global à epidemia de HIV e aids, o Governo Brasileiro tem consolidado parcerias com os diversos setores sociais, com vista a garantir o efetivo envolvimento destas áreas na formulação, execução, acompanhamento e avaliação das ações de prevenção e controle das DST e aids.

Neste contexto, foi concretizada e fortalecida a cooperação entre o Governo Brasileiro e organismos de cooperação internacional multi e bilateral, assim como com países da América Latina, Caribe, África, Europa e América do Norte.

Entre as parcerias para a cooperação internacional, tem destaque a instituída com os organismos do Sistema das Nações Unidas, por meio do Grupo Temático Ampliado da UNAIDS, que reúne, as seguintes instituições:

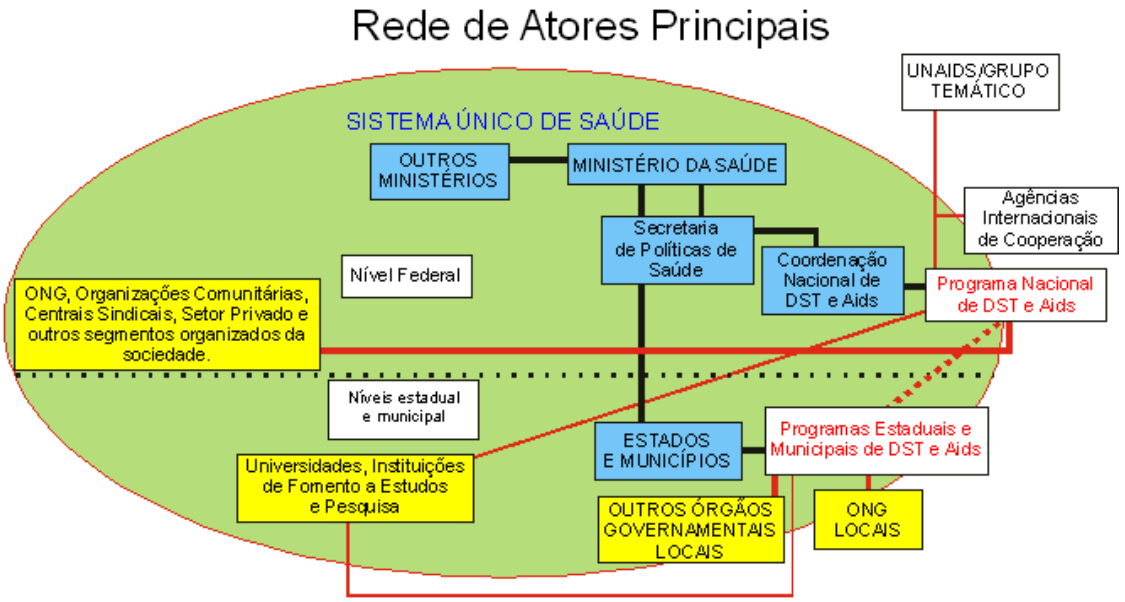
- UNESCO - Programa das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (preside o grupo temático no Brasil)
- OPAS/OMS - Organização Panamericana de Saúde
- UNIFEM - Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
- FNUAP - Fundo de População das Nações Unidas
- OIT - Organização Internacional do Trabalho
- UNDCP - Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

- FAO - Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
- GTZ - Cooperação Alemã para o Desenvolvimento
- USAID - Agência de Desenvolvimento Internacional
- ABC - Agência Brasileira de Cooperação
- FHI - Family Health International
- Ministério da Saúde
- Representantes da sociedade civil

Foram assinados entre o Governo Brasileiro a UNESCO e o UNDCP projetos de cooperação técnica e financeira que, entre outros objetivos, visa ao fortalecimento e à implementação das ações de prevenção e controle de DST e aids previstas no Segundo Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial.

Outro eixo de parcerias refere-se à estabelecida no âmbito do Sistema Único de Saúde com os 26 estados federados, o Distrito Federal, 148 municípios e três Consórcios Intermunicipais. A parceria visa a descentralização das ações e a garantia do desenvolvimento de atividades para a promoção à saúde, a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e aids e ao fortalecimento das instituições, incluindo a capacitação de profissionais, vigilância epidemiológica, pesquisa e aprimoramento do processo de gestão.

Ainda, no contexto do Aids-II, ressalta-se o fortalecimento das interfaces para a implementação de projetos específicos com instituições de fomento e apoio a pesquisas, Universidades, Órgãos Governamentais da área de saúde e de desenvolvimento social, além da parceria com Organizações Não-Governamentais, com o setor privado e demais segmentos da sociedade civil. Estas parcerias vêm garantindo a ampliação da participação da comunidade na luta contra a aids, reforçando o processo de controle social, convergindo, também, para a sustentabilidade das ações do Projeto.



DESCRIÇÃO DAS ÁREAS TÉCNICAS E INSTÂNCIAS QUE COMPÕEM A COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS - CN-DST E AIDS

Instância de deliberação e coordenação geral do projeto no âmbito do Ministério da Saúde, estruturada em Unidades Técnicas e Assessorias. É nesta instância que são formuladas as políticas, diretrizes e estratégias que orientam as ações de promoção à saúde e de prevenção e assistência às DST e aids. Está em interação permanente com os atores sociais, institucionais e da sociedade, no âmbito nacional, por meio do Sistema Único de Saúde - SUS.

Comissão Nacional

Instância colegiada de caráter consultivo, cuja composição reflete a representatividade de vários setores da sociedade diretamente ligados na temática aids. Além de representantes do meio científico e acadêmico, há representantes dos gestores estaduais e municipais, do Conselho Nacional de Saúde, de serviços hospitalares de referência, representantes de ONG de atuação nacional etc. É presidida pelo Coordenador Nacional de DST e Aids.

Comissão de Gestão

Instância colegiada, de caráter consultivo, cuja composição reflete a representatividade paritária, de estados e municípios, por região. Foi instituída com a finalidade de promover a incorporação das atividades de prevenção e controle das DST/Aids, ao processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, viabilizando a sua sustentabilidade técnica, política e financeira.

Comissões e Comitês Assessores

São instâncias que foram formadas para garantir a participação dos setores da sociedade civil e governamental na formulação e acompanhamento das políticas de prevenção e controle das DST e aids. Compostos por *experts* nos temas específicos, sua formação ocorre segundo as necessidades temáticas apresentadas nas áreas específicas de atuação.

UNIDADES DE ASSESSORAMENTO

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

Responsável pela assessoria à CN-DST e AIDS na disseminação de informações oficiais e relacionamento direto com os meios e veículos de comunicação tais como, órgãos de imprensa, agências de publicidade e o público em geral; produção de campanhas publicitárias de prevenção; catalogação e documentação de materiais de referência; produção editorial e revisão de textos para veiculação; criação e execução de projetos gráficos; diagramação e arte; finalização de publicações; e criação e execução de projetos de multimídia e internet; elaboração e produção de vídeos educativos e programas de radiodifusão e editoração de publicações educativas; gerenciamento do Conselho Editorial na formulação de agenda de trabalho, delineamento e avaliação da linha editorial para os produtos gerados; e assessoria e monitoramento da produção de eventos dirigidos a públicos específicos.

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

A Assessoria de Planejamento e Avaliação vem atuando como instância direta de assessoramento à Coordenação Nacional, fornecendo subsídios para a tomada de decisões, ao indicar alternativas estratégicas para manutenção da linha de coerência das ações com os objetivos gerais e de impacto do Projeto AIDS II; ao definir diretrizes e estratégias, em conjunto com as demais Unidades da Coordenação, para o desenvolvimento das ações que compõem os Componentes e Subcomponentes do Projeto AIDS-II; ao desenvolver e implementar os processos de gestão relacionados à política de DST/Aids, especialmente no que se refere ao planejamento, programação, monitoramento e avaliação das estratégias e ações executadas; ao promover o fortalecimento das interfaces com os estados, o Distrito Federal, municípios e Consórcios Intermunicipais de Saúde, integrantes do Sistema Único de Saúde; com órgãos setoriais do Ministério da Saúde e demais instâncias do Sistema Único de Saúde; com órgãos setoriais de outros Ministérios; com Agências Internacionais de Cooperação Técnica e Financeira, elaborando projetos de Cooperação específicos; e com os segmentos organizados da sociedade envolvidos direta ou indiretamente na formulação de diretrizes e na operacionalização das ações do Projeto.

ASSESSORIA DE INFORMÁTICA

Área de apoio e suporte de informática e processamento de dados à Coordenação Nacional de DST/Aids. Responsabiliza-se pelo planejamento, desenvolvimento, implementação e manutenção dos sistemas automatizados com abrangência local e nacional; elaboração e realização de treinamentos sobre seus sistemas, incluindo distribuição de material didático; fornecimento de apoio técnico na realização de eventos e treinamentos, dentro e fora da Coordenação; elaboração, desenvolvimento e manutenção da home page da CN-DST/AIDS e do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal (GCTH); transmissão ao vivo de congressos, seminários e outros eventos pela Internet, utilizando tecnologia multimídia; gerenciamento e manutenção da rede de computadores local e remota da CN-DST/AIDS, incluindo a definição dos procedimentos de uso e das políticas de segurança da rede; fornecimento de suporte técnico interno e externo à Coordenação; produção e distribuição de cartões magnéticos a serem utilizados pelo SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; e assessoramento técnico sobre aquisição de novos equipamentos e softwares.

ASSESSORIA DE COOPERAÇÃO EXTERNA

A área de cooperação externa articula as ações de cooperação desenvolvidas pelas distintas Assessorias e Unidades da Coordenação. Entre suas atribuições está a negociação de projetos e atividades de cooperação internacional, sua formalização junto às instâncias pertinentes, as providências técnico-administrativas para viabilização das ações, bem como a articulação com organismos internacionais e com governos estrangeiros no sentido de viabilizar ações de cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira. Cabe à área de cooperação traçar as diretrizes políticas e a estratégia de atuação da CN-DST/AIDS com relação aos demais países, bem como responder às demandas advindas das instâncias competentes do Governo Federal com respeito à política externa em nível macro.

UNIDADES TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS

UNIDADE DE PREVENÇÃO

Responsável pela formulação e implantação de uma política nacional de prevenção de DST/HIV/aids, em âmbito nacional. Desenvolve e propõe estratégias de intervenção comportamental junto a população em geral e grupos de maior vulnerabilidade, além de promover o fomento à implantação de modalidades de serviços de saúde que atuam na prevenção primária e secundária do HIV e das DST. As estratégias adotadas visam aumentar os níveis de informação e consciência da população em relação ao risco de infecção das DST e da aids, buscando sempre ampliar a cobertura e o impacto das intervenções adotadas. Além disso, a Unidade de Prevenção atua na: 1) promoção do fortalecimento das redes sociais; 2) apoio às iniciativas comunitárias; 3) apoio a projetos de intervenção comportamental; 4) elaboração de material educativo e informativo; 5) promoção da articulação entre a rede de serviços de saúde, fabricantes de preservativos e sociedade civil organizada para a implantação de marketing social do preservativo; 6) produção de campanhas de massa por intermédio da mídia impressa e eletrônica e intervenções educativas; 7) desenvolvimento de parcerias com ONG, associações de classe comunitárias e setor privado; e 8) criação de mecanismos institucionais para ampliar a participação do setor privado e de outros agentes sociais na luta contra a aids.

UNIDADE DE ARTICULAÇÃO COM A SOCIEDADE CIVIL E DE DIREITOS HUMANOS

Responsável pela assessoria à Coordenação Nacional, para atendimento às demandas de Organizações Governamentais (OG),Organizações Não-Governamentais (ONG) e outros grupos da sociedade civil organizada, referentes a questões de direitos humanos dos portadores de HIV e de pacientes de aids. Seu compromisso institucional é fomentar ações voltadas para a garantia da melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Para tanto, apoia, técnica e financeiramente, ONG em projetos de assessoria e aconselhamento jurídico; organiza concorrências públicas para incremento de projetos de promoção à saúde, prevenção e assistência às DST e HIV/aids, executados pelas ONG e outras instituições da sociedade civil, visando a

sustentabilidade das ações executadas; realiza treinamentos de profissionais para atuarem nestas assessorias; edita boletim dirigido aos integrantes da Rede; fomenta o desenvolvimento de iniciativas comunitárias de promoção e monitoramento de direitos humanos; produz material informativo sobre direitos humanos e aids; reúne comitê de especialistas para elaboração de diretrizes nas interseções entre saúde mental e aids.

UNIDADE DE ASSISTÊNCIA

Responsável pela definição das diretrizes técnicas para tratamento das DST, HIV e suas complicações; elaboração da estimativa de necessidade e custos de medicamentos para o tratamento das DST/HIV; coordenação da logística de aquisição e distribuição de medicamentos e preservativos; apoio ao desenvolvimento do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos-SICLOM; elaboração e implementação de estratégias para promoção da adesão dos pacientes à terapia anti-retroviral; apoio aos laboratórios oficiais para produção nacional de medicamentos anti-retrovirais; implantação e monitoramento das ações voltadas à eliminação da sífilis congênita; promoção da capacitação de profissionais no manejo clínico dos pacientes portadores do HIV/aids; implantação e gerenciamento da rede de serviços alternativos assitenciais (SAE, HD, ADT); coordenação da política nacional para manejo das DST com vistas na prevenção de suas complicações e a transmissão da infecção pelo HIV; credenciamento de Centros de Referência Nacional para DST e Aids; coordenação das iniciativas de integração executiva das atividades de assistência e controle da DST/aids com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde de Família, e com as áreas técnicas de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; coordenação da implementação/implantação de serviços para assistência à mulher portadora de DST e com HIV/aids; estabelecimento das diretrizes técnicas para a assistência em DST/aids para populações confinadas, usuários de drogas e pacientes com co-infecção HIV/tuberculose; desenvolvimento e disseminação das recomendações e práticas de assistência às gestantes portadoras do HIV/aids, visando a redução da transmissão vertical do HIV e definição das diretrizes gerais e das estratégias para a área específica de laboratório; coordenação dos procedimentos para aquisição de insumos e equipamentos bem como sua distribuição entre os laboratórios estaduais e municipais; definição das normas de procedimentos para exames laboratoriais no processo de assistência às DST e aids; e coordenação, com o apoio de cooperação técnica internacional, do processo de avaliação de qualidade dos procedimentos laboratoriais.

UNIDADE DE EPIDEMIOLOGIA

Responsável pela normalização e coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e do monitoramento de práticas sociais, como análise e divulgação de informações geradas por diversas bases de dados estabelecidos sobre DST e aids, linhas de pesquisa epidemiológica e participação nos estudos de incidência prevalência e tendências da sífilis congênita e de sífilis adquirida em gestantes e puérperas; assessoramento e suporte técnico às Secretarias Estaduais e Municipais de saúde na execução da vigilância epidemiológica da aids; apoio aos treinamentos de técnicos das Secretarias de Saúde no uso do SINAN; apoio à formação dos Grupos de Investigação de Casos de Sífilis Congênita; organização e análise dos dados gerados pelos Grupos de Investigação; desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados, definição amostral e testagem; realização de estudos periódicos de vigilância comportamental e de inquéritos sorológicos; acompanhamento da evolução da epidemia de aids e da situação das DST no País; articulação com os sistemas de informações existentes no Ministério da Saúde; subsidio às áreas técnicas da Coordenação Nacional; edição periódica de Boletins Epidemiológicos de DST e de Aids; acompanhamento e avaliação de pesquisas; e vigilância sentinela do HIV.

UNIDADE DE TREINAMENTO

Responsável pelo gerenciamento de políticas, diretrizes e estratégias de capacitação de recursos humanos para o controle das DST e aids, em consonância com os objetivos do projeto; identificação de instituições de ensino aptas a desenvolver atividades de capacitação; assessoramento na elaboração de projetos desenvolvidos por instituições de ensino nas áreas de prevenção, assistência, gerência e vigilância epidemiológica; articulação das ações do projeto com as unidades da CN-DST/AIDS, e outras unidades e setores do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e de instituições de ensino nas três instâncias de governo; avaliação dos resultados de treinamentos realizados; supervisão e monitoramento dos projetos de capacitação; apoio à elaboração de materiais instrucionais a serem utilizados nos processos de capacitação.

UNIDADE DE MONITORAMENTO E AUDITORIA PREVENTIVA

Elaboração do Manual Operacional da CN-DST/AIDS, disciplinando os aspectos administrativo-financeiros, em conformidade com as diretrizes do Governo Brasileiro, do Banco Mundial e dos Organismos Internacionais; assessoramento às instituições executoras de subprojetos, no tocante à execução financeira, controle, acompanhamento, análise e aprovação das prestações de contas dos recursos transferidos a subprojetos, submetendo-as à homologação das Organizações Internacionais; promoção de auditorias preliminares, diretamente ou através de apoio das Unidades Técnicas da Coordenação, nos locais onde são executados os subprojetos; trabalho em estreito contato com a Unidade de Administração, com vista na regularização dos bens adquiridos pelas instituições parceiras de execução; manter atualizado o controle de prestação de contas dos subprojetos; avaliação do desempenho das instituições executoras, relativamente à aplicação e comprovação dos recursos a elas transferidos; manutenção de estreito contato com a CISET/MS, Secretaria Federal de Controle/MF e com as entidades de auditoria envolvidas no processo de execução financeira.

UNIDADE DE ADMINISTRAÇÃO

Mantém registros e controle dos servidores alocados aos Projetos Internacionais, executando todas as ações inerentes à administração de pessoal;

Demanda passagens e diárias, através dos instrumentos próprios, faz contato com as empresas para a emissão, entrega de bilhetes e PTA e providencia a devolução de passagens e diárias quando não utilizadas;

Desenvolve processos licitatórios para a aquisição de materiais permanentes/equipamentos/serviços ou solicita aos Organismos Internacionais a fazê-los, orientando-os sobre a modalidade de licitação a ser adotada, bem como, acompanha os processos realizados pelos Organismos Internacionais;

Registra, controla e tomba os materiais permanentes/equipamentos adquiridos, mantendo os Termos de Responsabilidade, para uso, arquivados; levanta inventários;

Recebe, registra e controla todos os expedientes recebidos e remetidos pela Coordenação.

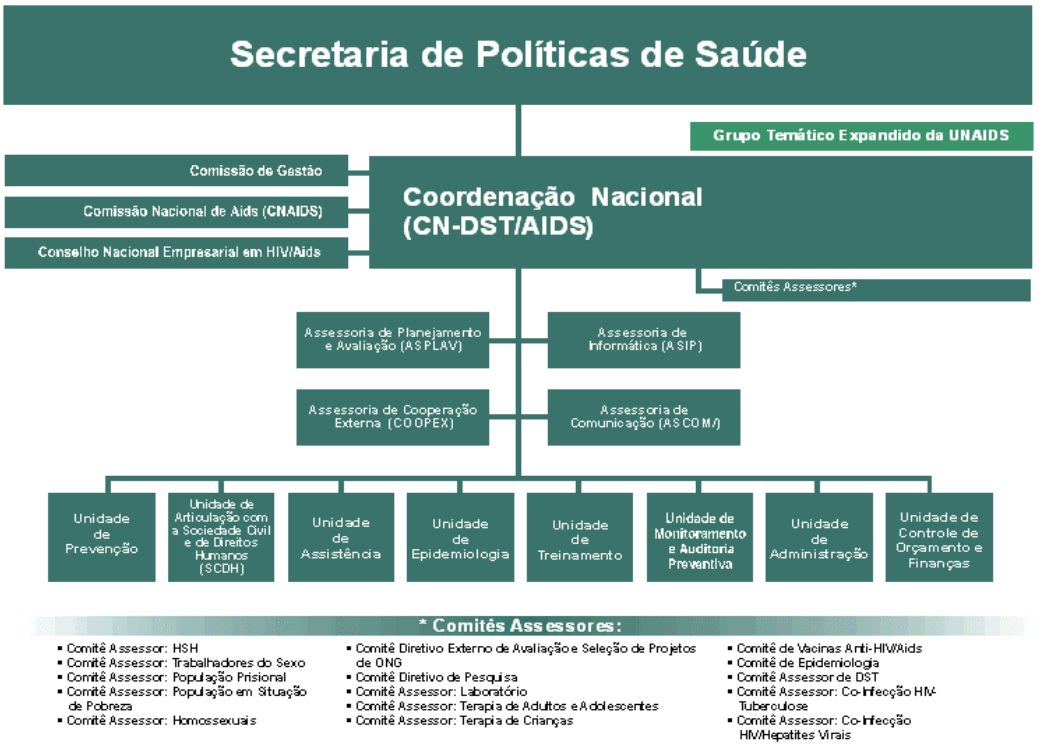
UNIDADE DE CONTROLE DE ORÇAMENTO E FINANÇAS

Organiza, controla e executa as ações que gerem pagamentos a terceiros;

Promove o controle e acompanhamento da execução orçamentário-financeira de projetos de cooperação técnica internacional, em distintos níveis, monitorando compromissos e registrando despesas; assessora as Unidades Técnicas da Coordenação Nacional de Aids no tangente à classificação das despesas demandadas; promove a conciliação de seus registros com os relatórios de pagamentos que lhe são encaminhados pelos Organismos Internacionais;

Analisa e emite parecer sobre os orçamentos de subprojetos a serem implementados por ONG, Universidades etc. bem como, elabora instrumento jurídico a ser celebrado;

Organograma - Coordenação Nacional de DST/Aids



*** Comitês Assessores:**

- Comitê Assessor: HSH
- Comitê Assessor: Trabalhadores do Sexo
- Comitê Assessor: População Prisional
- Comitê Assessor: População em Situação de Pobreza
- Comitê Assessor: Homossexuais
- Comitê Diretivo Externo de Avaliação e Seleção de Projetos de ONG
- Comitê Diretivo de Pesquisa
- Comitê Assessor: Laboratório
- Comitê Assessor: Terapia de Adultos e Adolescentes
- Comitê Assessor: Terapia de Crianças
- Comitê de Vacinas Anti-HIV/Aids
- Comitê de Epidemiologia
- Comitê Assessor de DST
- Comitê Assessor: Co-Infecção HIV-Tuberculose
- Comitê Assessor: Co-Infecção HIV/Hepatites Virais

Parte I - Implementação Financeira

DESEMPENHO FINANCEIRO DO PROJETO

INTRODUÇÃO

O Segundo Projeto de Controle das DST e da Aids - AIDS II, resultante do Acordo de Empréstimo BIRD nº 4392/BR, celebrado entre a República Federativa do Brasil e o Banco Mundial, foi assinado em 11 de dezembro de 1998 e teve a efetividade declarada em 9 de fevereiro de 1999. O Acordo prevê, para o período de 1998 a 2002, a execução de US$ 300 Milhões, sendo US$ 165 milhões provenientes do Banco Mundial e US$ 135 milhões da contrapartida nacional (federal, de estados e municípios conveniados).

Orçamento Federal 1998, 1999, 2000 e 2001

Em US$ milhões

ANO	APROVADO	EXECUTADO	% de Execução
1998	13,295	13,295	100%
1999	61,560	61,560	100%
2000	86,833	79,435	91,5%
TOTAL	161,688	154,290	95,4%
2001*	38,095	9,473	24,9%

** Até 31.03.2001*

.

O POA consolidado para o ano 2000, encaminhado e aprovado pelo BIRD, foi de US$ 98,07 milhões, sendo US$ 64,60 milhões de fonte BIRD e US$ 33,48 milhões de contrapartida nacional composta por US$ 22,23 milhões de fonte federal e US$ 11,25 de fontes estaduais e municipais. A proposta orçamentária 2000, para compor o orçamento federal, elaborada e encaminhada pela Coordenação Nacional abrangia os recursos de fontes BIRD e Federal (US$ 86,83 milhões). Este valor é referente ao recurso do orçamento do Ministério da Saúde para as ações do Projeto Aids II, não incluindo os recursos próprios dos orçamentos dos estados e municípios.

Estes valores em dólares são resultantes dos valores em reais (total de R$ 176,53 milhões, sendo R$ 116,28 milhões de fonte BIRD e R$ 60,25 milhões de contrapartida nacional), transformados a taxa de US$ 1.00 = R$ 1,80.

O orçamento 2001 aprovado pelo Congresso Nacional, apresenta um corte de 42,5% na fonte BIRD (de US$ 42,85 milhões para US$ 24,60 milhões), e de 39,5% na fonte Federal. Foi solicitada a recomposição/suplementação do orçamento 2001 conforme proposta abaixo:

Proposta de Recomposição do Orçamento 2001

Em R$ 1,00

FONTES DE RECURSOS	ORÇAMENTO APROVADO PELO CONGRESSO NACIONAL	SOLICITAÇÃO DE RECOMPOSIÇÃO e SUPLEMENTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA	TOTAL FINAL APÓS APROVAÇÃO DA RECOMPOSIÇÃO
BIRD	51.667.000	65.000.000	116.667.000
FEDERAL	28.333.000	15.000.000	43.333.000
TOTAL	80.000.000	80.000.000	160.000.000
VALOR Em US$ milhões*	38,10	38,10	76,20

** Taxa cambial de US$ 1.00 = R$ 2,10*

Os dados e informações relativas aos valores previstos por fonte, por componente e por categorias de despesa estão analisados em conjunto com a execução orçamentária e financeira do Projeto, até 31.03.2001, e consolidados nos quadros a seguir apresentados e comentados.

Quadro 1

Recursos Programados no PAD, Comprometidos e Executados no Ano de 1999 e 2000

Em US$ milhões

Especificações	Recursos de 1999 e 2000				Total 1999 e 2000	
	BIRD		Nacional			
	VALOR	%	VALOR	%	Total	%
Programado no PAD para 1999 e 2000	100	100,00	61	100,00	161	100,00
RECURSOS COMPROMETIDOS**	113,18	113,20	55,90	91,60	169,08	105,02
SOE elaborados*	71,51	71,5	50,80	83,30	122,31	75,90

** Até 31.03.2001*

*** Comprometidos significa empenhados pelo Fundo Nacional de Saúde/MS até 31.03.2001*

O Quadro I, acima, apresenta uma comparação entre o valor previsto no Project Appraisal Document - PAD nas fontes BIRD e Nacional, para os anos de 1999 e 2000, e a execução orçamentária e financeira realizada nas respectivas fontes, até 31.03.01.

Na execução orçamentária estão incluídos (i) os valores que foram empenhados (comprometidos), nas respectivas fontes, relativos aos orçamentos de 1998 (restos a pagar) e 1999 (total de US$ 74,85 milhões), (ii) os recursos orçamentários empenhados relativos

ao orçamento 2000 (US$ 79,44 milhões), (iii) o valor dos recursos próprios dos estados e municípios participantes, no valor de US$ 2,52 milhões, e (iv) valor dos recursos apresentados para retrofinanciamento no valor de R$ 5,16 milhões que pela taxa cambial adotada pelo BIRD, resultou em US$ 2,80 milhões.

Somando-se os recursos indicados de (i) a (iv) acima, resulta em US$ 169,08 milhões já comprometidos, representando 105,02 % do valor total previsto no PAD para o ano de 1999 e 2000.

Desta forma, a execução orçamentária acumulada até 31 de março de 2001, é de US$ 113,18 milhões na fonte BIRD e US$ 55,90 milhões na fonte nacional, totalizando US$ 169,08 milhões.

Para a execução financeira, estão incluídos os valores efetivamente pagos e acumulados de 1999 e até 31.03.2001, utilizando-se a taxa cambial do dia dos pagamentos, os SOE elaborados no valor de US$ 71,51 milhões (fonte BIRD), e aos valores executados financeiramente pela fonte nacional no valor de US$ 50,80 milhões, totalizando US$ 122,31 milhões de execução financeira.

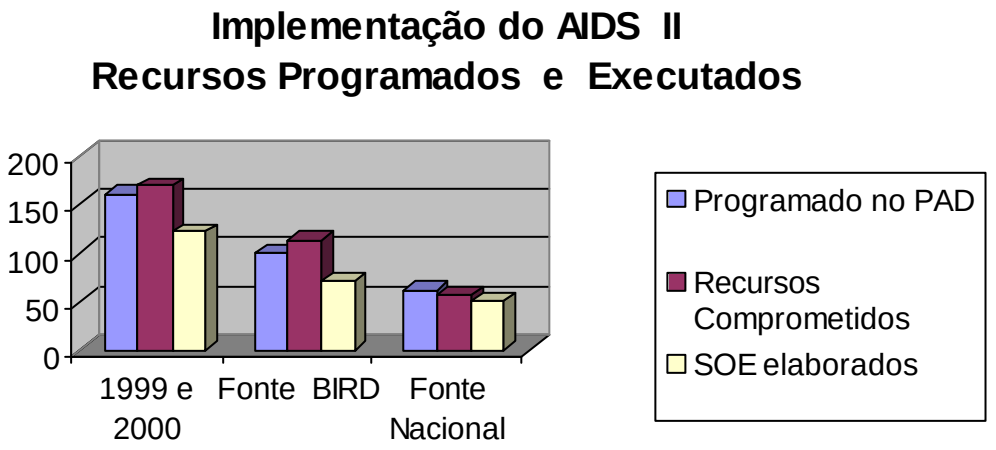
Os valores de execução orçamentária e financeira incluem apenas US$ 2,52 milhões relativos a contrapartida de estados e municípios. Deverão ser adotadas novas estratégias para agilizar a alocação e comprovação da contrapartida de estados e municípios prevista para execução do POA.

Considerando o valor previsto no PAD para 1999 e 2000, na fonte BIRD (US$ 60.0 + US$ 40,0 milhões) como índice 100, e comparando-o com o valor da execução orçamentária até a data indicada (US$ 113,18 milhões), observa-se o percentual de execução orçamentária de 113,2 %. Adotando-se o mesmo índice para com a execução financeira (SOE elaborados), temos até a data indicada de 31.03.2001 (US$ 71,51 milhões), observando-se o percentual de execução financeira de 71,5 % na fonte BIRD.

Utilizando-se o mesmo critério de comparação, verifica-se que a contrapartida nacional apresenta situação semelhante ao que ocorre com os recursos da fonte BIRD. Considerando-se o valor previsto acumulado de US$ 61,0 milhões para o ano de 1999 e 2000 (US$ 29.0 + US$ 32.0 milhões) como índice 100, a execução orçamentária de US$ 55,90 milhões representa desempenho de 91,6 % e a execução financeira de US$ 50,80 milhões representa 83,3% do valor previsto na fonte de contrapartida nacional.

Realizando-se o mesmo cálculo sobre o valor total das duas fontes, temos para execução orçamentária 105,02 % e para a execução financeira 75,9 % até a data de 31.03.2001, em relação ao previsto no PAD para 1999 e 2000.

(Os valores em reais, utilizados na execução orçamentária do ano de 1998/1999 foram transformados em dólares utilizando-se a taxa de câmbio de US$ 1.00 = R$ 1,73. Os dados de 2000 foram transformados em dólares, utilizando-se a taxa de câmbio de US$ 1.00 = R$ 1,80 proposta pelo Ministério de Orçamento e Gestão e para dados de 2001 a taxa foi de R$ 2,10. Para a execução financeira foi utilizada a taxa cambial do dia do pagamento.)



Quadro 2

Demonstrativo dos Valores Orçamentários Empenhados Por Entidades Executoras em 1998, 1999, 2000 e 2001*

Em US$ milhões

Entidades Executoras	Recursos Empenhados	VALOR PREVISTO NO PAD 1999 e 2000	% Execução
Secretarias Estaduais de Saúde - SES	33,27	30,59	108,7
Secretarias Municipais de Saúde - SMS	35,23	35,42	99,5
UNESCO e UNDCP	67,86	64,40	105,4
Ministério da Saúde - MS	32,72	30,59	106,9
Total	169,08	161,00	105,02

* até 31.03.2001

** até 31.03.2001*

O Quadro 2 apresenta os valores orçamentários, das fontes BIRD e Federal, já empenhados pelo Fundo Nacional de Saúde, em dólares, até 31.03.01 para cada entidade executora, comparados com o previsto no PAD para 1999 e 2000. Inclui os valores relativos aos orçamentos de cada estado e município participante do Projeto, que já comprovou sua contrapartida.

O Projeto AIDS II possui cinco grandes entidades executoras que são as seguintes:

- Secretarias Estaduais de Saúde, que compreende os 26 Estados da União e o Distrito Federal;

- Secretarias Municipais de Saúde, que compreende 147 Prefeituras Municipais e 03 Consórcios Intermunicipais de Saúde (para o ano 2000 foram incluídos 58 novos municípios);

- UNESCO - apoia as ações e atividades desenvolvidas diretamente pela Coordenação Nacional e os projetos específicos para ONG, universidades e OG;

- UNDCP - apoia as ações e atividades desenvolvidas pela Coordenação Nacional e os projetos específicos para ONG, universidades e OG;

- Ministério da Saúde - MS executa os pagamentos relativos às campanhas de mídia e as aquisições de insumos específicos.

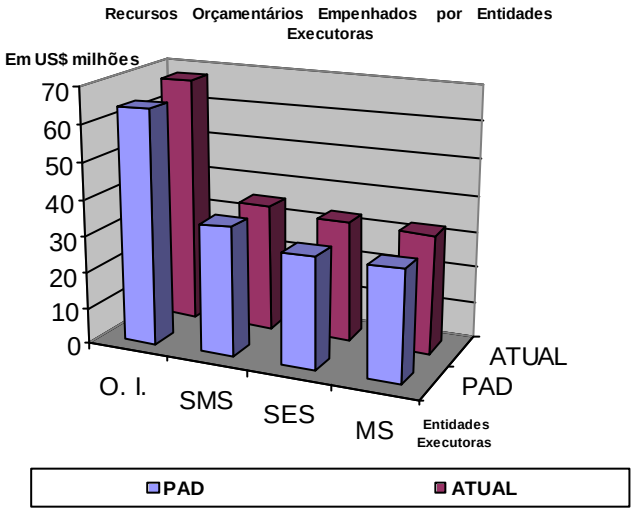
O Fundo Nacional da Saúde - FNS constitui a unidade gestora dos recursos no âmbito do Ministério da Saúde - MS, sendo responsável pela liberação dos recursos para as entidades executoras. O quadro 2 indica os recursos empenhados, já comprometidos para pagamento as entidades executoras. As liberações são gradativas, e dependem da

disponibilidade financeira do Projeto, do MS e do índice de desempenho financeiro dos subprojetos e dos convênios. Nos valores empenhados estão incluídos:

- empenhos de 1998, que ficaram como Restos a Pagar para 1999 (já integralmente liquidados),
- os recursos empenhados do orçamento 1999,
- os recursos empenhados do orçamento 2000,
- os valores do retrofinanciamento e os recursos próprios dos estados e municípios já comprovados.

Os convênios de 1999 (119 convênios/POA), firmados com as Secretarias Estaduais e Municipais, foram prorrogados para execução durante o ano de 2000 conforme a necessidade de cada Secretaria de Saúde. Todos os convênios receberam o valor total previsto no POA 1999, restando atualmente 26 conveniados para finalizar a execução do POA 1999.

Os recursos para execução do POA 2000 estão sendo liberados em duas ou mais parcelas devido a pouca disponibilidade orçamentária atual. A execução do POA 2000 está prevista para ser concluída até junho de 2001.



Quadro 3

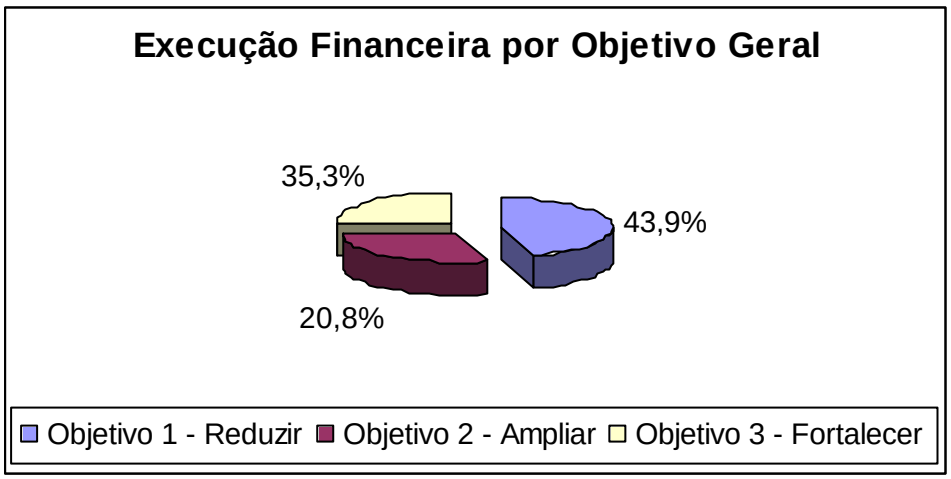
Demonstrativo da Execução Financeira por Objetivo Geral do Projeto

Em US$ milhões

Objetivos Gerais do Projeto	Execução Financeira até 31.03.01		PAD para 1999 e 2000	
	Valor	%	Valor	%
1. Reduzir a Incidência da infecção pelo HIV/AIDS e outras DST	**53,74**	43,9	**61,98**	38,50
2. Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência em DST/HIV/AIDS	**25,45**	20,8	**53,93**	33,50
3. Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e AIDS	**43,12**	35,3	**45,09**	28,0
Total Geral	**122,31**	100,00	**161,00**	100,00

O Quadro 3 apresenta os valores em dólares das despesas realizadas e declaradas em SOE, distribuída pelos três Objetivos Gerais do Projeto, englobando os SOE de retrofinanciamento e os SOE posteriores, até 31.03.01, incluindo-se a contrapartida nacional.

Destaca-se o maior valor e percentual aplicado no Objetivo Geral de Prevenção e Promoção, de Reduzir a incidência da infecção pelo HIV e outras DST, demonstrando a coerência com a prioridade definida no Projeto.



QUADRO 4

COMPORTAMENTO DA EXECUÇÃO POR COMPONENTE

11/12/98 A 31/03/01 EM US$ MILHÕES

COMPONENTES	PLANEJADO * (a)	EXECUTADO ** Financeiro (b)	VARIAÇÃO (a - b)	PAD 1999 a 2002
1. Promoção, Proteção e Prevenção	**71,54**	**53,74**	17,80	**128,00**
2. Diagnóstico, Tratamento e Assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/ AIDS	**51,08**	**25,45**	25,63	**102,00**
3. Fortalecimento Institucional e Gestão do Projeto	**40,63**	**43,12**	-2,49	**70,00**
TOTAL	**163,25**	**122,31**	40,94	**300,00**

11/12/98 A 31/03/01

** Planejado: Conforme os percentuais dos POA 1999 e 2000 consolidados e aprovados pelo BIRD** Executado: Execução Financeira, incluindo os SOE apresentados ao BIRD e os pagamentos de contrapartida nacional*

O Quadro 4 indica os valores da execução financeira, em dólares, realizada de 11.12.97 a 31.03.2001, distribuídos pelos componentes do Projeto.

O Quadro 4 representa o PMR - Project Management Report 1 - B, onde estão indicados os componentes do projeto, conforme os valores da sua programação, da sua execução, as variações e o previsto para todo o Projeto.

Os valores da execução são os valores declarados em SOE, relativos ao retrofinanciamento e aos SOE apresentados posteriormente, até 31.03.01, assim como os valores de contrapartida nacional.

Destaca-se que 43,9 % do total dos recursos executados financeiramente foram aplicados no componente 1 - de Promoção, Proteção e Prevenção.

No componente 2 - Diagnóstico, Tratamento e Assistência foram aplicados 20,8 % do total dos recursos executados financeiramente.

Para o componente 3 - Fortalecimento Institucional, foram aplicados 35,3% do total dos recursos executados financeiramente.

Quadro 5

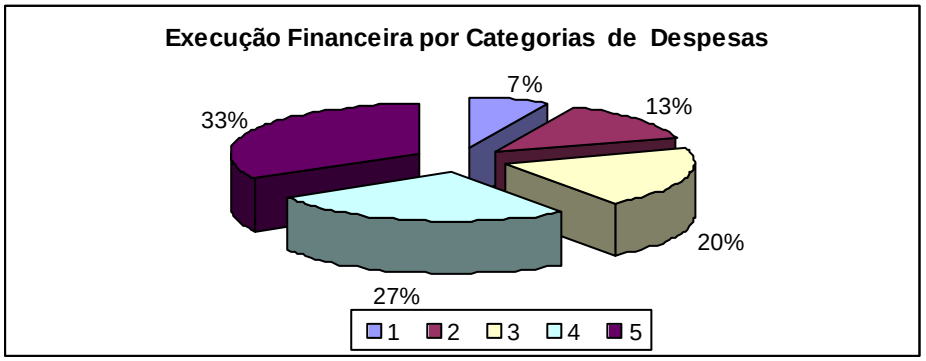
Execução Financeira por Categorias de Despesa

11.12.98 a 31.03.2001 — Em US$ milhões

CATEGORIAS de DESPESAS	PREVISTO ACORDO Fonte BIRD	EXECUTADO* Fonte BIRD	%EXECUTADO
1. Bens	68,0	24,56	36,12
2. Mat.Instrucional	20,0	6,34	31,70
3. Treinamento	40,0	20,95	52,38
4. Serv.Consultores	27,0	14,90	55,19
5. Adm. do Projeto	10,0	4,76	47,76
Total	**165,0**	**71,51**	**43,34**

O quadro 5 apresenta a comparação dos recursos gastos (US$ 71,51 milhões), indicados no SOE da fonte BIRD, distribuídos pelas categorias de despesa, em relação ao previsto no Acordo (US$ 165,0 milhões) em cada categoria. O percentual de execução é de 43,34 % do total financiado pelo acordo de empréstimo.

A categoria 4 é a que apresenta o maior percentual de execução 55,19 %, seguindo-se a categoria 3 - Treinamentos com percentual de execução de 52,38.



Quadro (PMR 1 – A - 1)

Comportamento da Execução por Categorias de Despesa

11/12/98 a 31/03/01 Em US$ milhÕES

CATEGORIAS DE DESPESA	PLANEJADO*	EXECUTADO**	VARIAÇÃO	PAD
	(a)	(b)	(a - b)	1998 a 2002
1- Bens	68,61	29,01	39,60	80,00
2- Material Instrucional	10,41	7,46	2,95	24,00
3- Treinamento	27,24	20,95	6,29	49,00
4- Serviços de Consultoria	13,59	14,90	-1,31	27,00
5- Administração do Projeto	7,71	4,76	2,95	10,00
6- IEC	21,26	31,29	-10,03	80,00
7- Medicamentos para DST	5,28	1,29	3,99	20,00
8- Serviços	7,66	6,12	1,54	4,00
9- Supervisão	1,49	6,53	-5,04	6,00
TOTAL	163,25	122,31	40,94	300,00

** - Planejado: POA 1999 e 2000 consolidados e aprovados pelo BIRD*

*** - Executado: Execução Financeira, incluindo os SOE apresentados ao BIRD e os pagamentos de contrapartida nacional*

O Quadro 6 representa o PMR - Project Management Report 1 - A - 1 , onde estão indicados as categorias do Projeto, conforme os valores da sua programação, da sua execução, as variações e o previsto para todo o Projeto.

Os valores da execução (US$ 122,31 milhões), são os valores declarados em SOE, relativos ao retrofinanciamento e aos SOE apresentados posteriormente, e a contrapartida nacional, até 31.03.2001.

Balanço da Conta Especial do Aids II

14/07/2000

Especificações	Valores em US$
DEPÓSITO INICIAL	20,000,000.00
Application nº 12 e 14 (encaminhado ao BIRD)	14,820,408.46
PR 27 encaminhado a CGOF/MS	2,187,484.14
Glosa pelo BIRD no applic. 11	507,863.70
SALDO em 16.03.01 da CONTA ESPECIAL	2,484,243.70

Obs: Applic. 13 em preparação na CGOF/MS

BALANÇO DA CONTA ESPECIAL

A conta especial é de US$ 20 milhões, sendo US$ 2,484,243.70 o saldo em 16.03.01. Atualmente estão encaminhados a STN - Secretaria do Tesouro Nacional/BIRD, o Application nº 12 e 14 no valor de US$ 14,820,408.46 para o reembolso e o PR 27 no valor de US$ 2,187,484.14 para posterior encaminhamento ao BIRD e complementação da conta. Ocorreu uma glosa pelo BIRD na apresentação dos SOE do Application 11, no valor de US$ 507,863.70 cujo valor será justificado com a apresentação de novas despesas.

DESEMPENHO FINANCEIRO DA EXECUÇÃO DAS AGÊNCIAS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL UNESCO E UNDCP

As considerações apresentadas neste contexto, contemplam a análise financeira dos recursos alocados do Segundo Projeto de Controle das DST e Aids - AIDS II, repassados e executados financeiramente por intermédio dos Organismos Internacionais UNESCO e UNDCP, que são as Agências Internacionais de Cooperação Técnica do Projeto Aids II.

Os PRODOC com os organismos internacionais são os seguintes:

- Prodoc da UNESCO corresponde ao Projeto 914/BRA-59 Treinamento, Pesquisa e Apoio Institucional no âmbito do Programa AIDS II, no montante de 49,8 milhões de dólares;

- o Prodoc do UNDCP corresponde ao Projeto AD/BRA/99/E02 Prevenção às DST/HIV/aids e ao uso indevido de drogas, no montante de 33,6 milhões de dólares.

O montante dos recursos orçamentários empenhados para os Organismos Internacionais é de US$ 67,86 milhões e os recursos financeiros já transferidos, nos exercícios financeiros de 1999, 2000 e 2001, foram de 55,3 milhões de dólares, sendo 40,1 milhões de dólares para a UNESCO e 15,2 milhões de dólares para o UNDCP, correspondendo a 80% e 46%, respectivamente, dos totais previstos nos PRODOC.

Os componentes 1. Promoção, Proteção e Prevenção e 3. Fortalecimento Institucional destacam-se onde os recursos financeiros estão sendo aplicados em maior montante, indicando prioridades da coordenação nacional na prevenção e no fortalecimento das ONG e outras entidades da sociedade civil.

A indicação de valores comprometidos representa compromissos assumidos pela Coordenação Nacional, e os valores executados referem-se a valores já efetivamente liquidados e pagos, envolvendo as diversas atividades executadas.

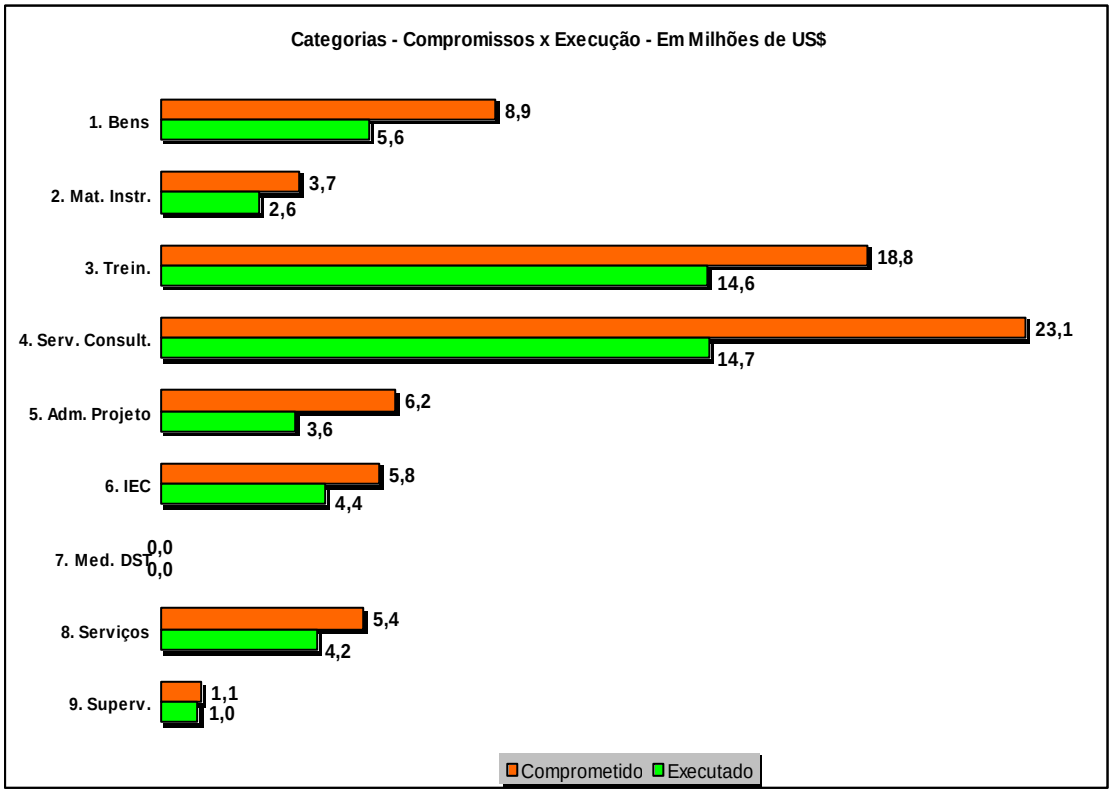
Os subcomponentes de 1.2 Práticas Seguras - relacionado diretamente à prevenção; 3.6 Gerência Administrativa e Financeira - na qual também se inclui a contratação de consultores; 3.2 Treinamento - relacionada às atividades de capacitação e; 3.5 Gestão do Projeto - relacionada à estruturação das entidades públicas e privadas e ao fortalecimento da gestão dos executores, representam os subcomponentes onde estão sendo aplicados mais recursos financeiros.

Com relação às categorias de despesas, observa-se uma correlação semelhante a dos subcomponentes, indicando aquelas que agregam maiores valores financeiros aplicados, que são as categorias 3. Treinamento, 4. Serviços de Consultores e 1. Bens.

Os subprojetos já formalizados são 1.402, Termos de Cooperação e/ou Contrato de Financiamento de Atividades, com OG, ONG, Universidades e outras organizações da sociedade civil, distribuídas pelas diversas unidades da federação. Do número total de 1.402 Subprojetos, 937 correspondem a financiamentos via UNESCO e 465 a financiamentos via UNDCP.

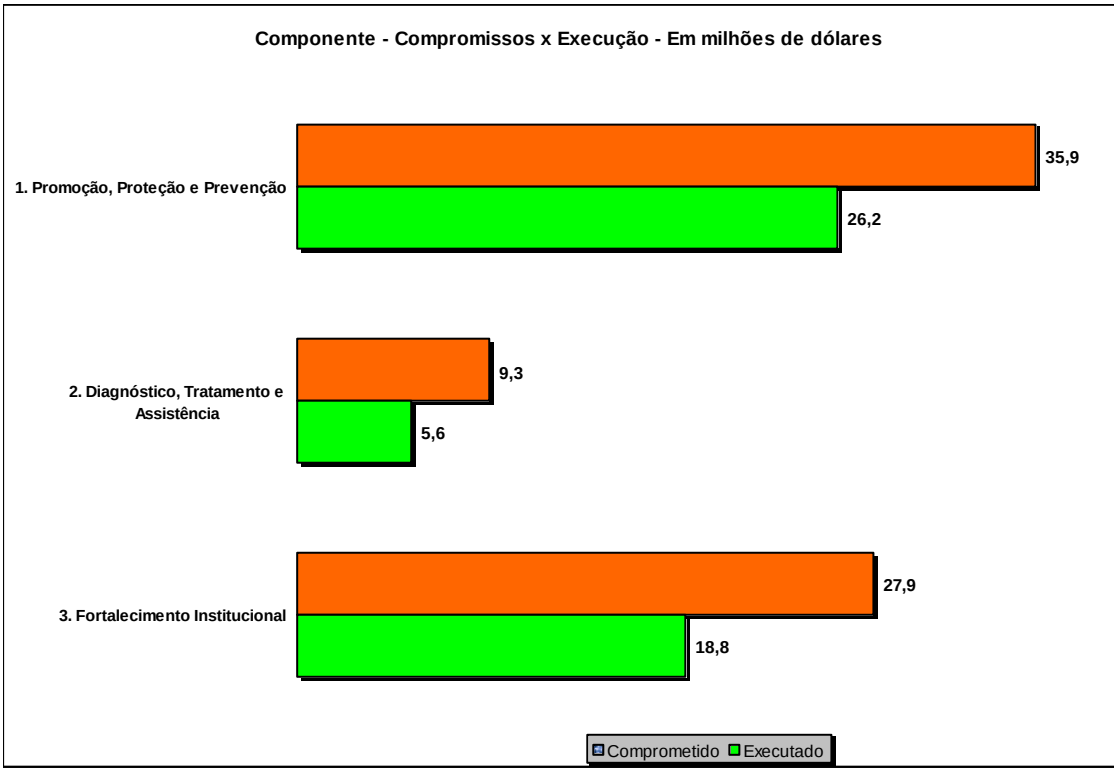
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO ACORDO DE EMPRÉSTIMO BIRD 4932/ BR ORGANISMOS INTERNACIONAIS - U$

	UNDCP		UNESCO		TOTAL			
CATEGORIA DE DESPESA	Comprometido	Executado	Comprometido	Executado	Comprometido	Executado	%	A pagar
1. Bens	2.236.334,46	1.774.862,45	6.670.028,87	3.798.512,78	8.906.363,33	5.573.375,23	11%	3.332.988,10
2. Material Instrucional	1.701.397,54	1.496.766,29	2.013.684,44	1.133.622,54	3.715.081,98	2.630.388,83	5%	1.084.693,15
3. Treinamento	6.247.088,70	4.934.664,83	12.580.926,72	9.660.148,05	18.828.015,42	14.594.812,88	29%	4.233.202,54
4. Serviços de Consultores, Assistência Técnica e Pesquisas	3.627.790,15	2.663.676,04	19.467.857,88	11.996.405,20	23.095.648,03	14.660.081,24	29%	8.435.566,79
5. Administração do Projetos	416.718,00	224.099,89	5.831.966,08	3.351.477,91	6.248.684,08	3.575.577,80	7%	2.673.106,28
6. Informação, Educação e Comunicação - IEC	2.982.044,94	2.330.817,41	2.857.591,86	2.069.433,87	5.839.636,80	4.400.251,28	9%	1.439.385,52
7. Medicamentos (somente DST)	6.597,40	2.899,95	-	-	6.597,40	2.899,95	0%	3.697,45
8. Serviços	1.185.783,56	1.014.794,34	4.199.554,45	3.173.434,74	5.385.338,01	4.188.229,08	8%	1.197.108,93
9. Supervisão	330.211,55	319.995,99	776.988,85	691.316,04	1.107.200,40	1.011.312,03	2%	95.888,37
Total Geral = UNESCO + UNDCP	18.733.966,30	14.762.577,19	54.398.599,15	35.874.351,13	73.132.565,45	50.636.928,32	100%	22.495.637,13



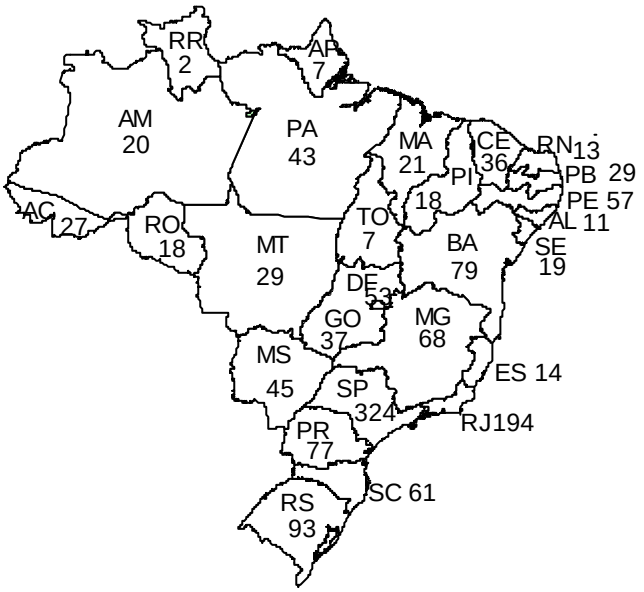
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO ACORDO DE EMPRÉSTIMO BIRD 4932/ BR ORGANISMOS INTERNACIONAIS - U$

	UNDCP		UNESCO		TOTAL			
SUBCOMPONENTE	Comprometido	Executado	Comprometido	Executado	Comprometido	Executado	%	A pagar
1.1 - Campanhas Informativas	1.359.564	1.077.391	2.664.161	1.661.566	4.023.725	2.738.957	10%	1.284.768
1.2 - Promoção de Práticas Seguras	6.082.074	4.777.609	10.472.075	7.982.918	16.554.149	12.760.527	49%	3.793.622
1.3 - Promoção de Direitos Humanos	189.453	146.817	1.671.687	1.184.464	1.861.140	1.331.282	5%	529.858
1.4 - Drogas e Aids	4.302.799	3.928.568	50.734	11.181	4.353.532	3.939.748	15%	413.784
1.5 - Apoio a ONG	947.520	660.725	4.142.411	2.394.209	5.089.932	3.054.934	12%	2.034.998
1.6 - Serviços de Saúde para Prevenção de DST e Aids	606.629	458.384	3.353.711	1.955.756	3.960.339	2.414.140	9%	1.546.199
1.7 - Logística de Preservativos	19.668	1.665	8.983	7.670	28.651	9.335	0%	19.317
Total Componente 1	13.507.706	11.051.159	22.363.761	15.197.763	35.871.468	26.248.923	52%	9.622.545
2.1 - Diagnóstico e Acompanhamento Laboratorial	750.471	492.579	3.823.061	1.853.042	4.573.532	2.345.621	42%	2.227.911
2.2 - Assistênciais à Portadores de HIV/AIDS	253.568	177.364	3.040.242	2.123.483	3.293.810	2.300.848	41%	992.963
2.3 - Atenção aos Portadores de DST	142.184	76.324	270.201	259.900	412.385	336.224	6%	76.161
2.4 - PACS/PSF	205.947	195.739	711.199	262.184	917.146	457.923	8%	459.223
2.5 - Logística de Medicamentos	3.869	3.856	116.266	106.235	120.134	110.091	2%	10.043
Total Componente 2	1.356.038	945.862	7.960.969	4.604.845	9.317.007	5.550.706	11%	3.766.301
3.1 - Vigilância Epidemiológica	178.869	160.554	1.372.898	1.024.707	1.551.767	1.185.261	6%	366.506
3.2 - Treinamento	736.050	612.148	4.738.274	3.406.163	5.474.324	4.018.311	21%	1.456.013
3.3 - Estudos e Pesquisa	681.934	558.210	1.438.526	1.065.666	2.120.460	1.623.876	9%	496.584
3.4 - Fortalecimento da Rede Laboratorial	1.305	1.239	105.264	68.445	106.568	69.684	0%	36.884
3.5 - Gestão do Projeto	1.784.748	1.030.344	5.372.172	3.394.362	7.156.920	4.424.706	23%	2.732.214
3.6 - Gerência Administrativa e Financeira	327.567	236.614	8.107.837	5.432.794	8.435.404	5.669.408	30%	2.765.997
3.7 - Informática e Programação Visual	159.749	166.447	2.938.899	1.679.607	3.098.648	1.846.054	10%	1.252.594
Total Componente 3	3.870.222	2.765.556	24.073.869	16.071.743	27.944.091	18.837.299	37%	9.106.791
Total Geral = UNESCO + UNDCP	18.733.966	14.762.577	54.398.599	35.874.351	73.132.565	50.636.928	100%	22.495.637



DISTRIBUIÇÃO DOS SUBPROJETOS

ESTADO	UF	UNDCP	UNESCO	TOTAL
Acre	AC	18	9	27
Alagoas	AL	3	8	11
Amapá	AP	2	5	7
Amazonas	AM	9	11	20
Bahia	BA	34	45	79
Ceará	CE	10	26	36
Distrito Federal	DF	19	34	53
Espirito Santo	ES	7	7	14
Goiás	GO	11	26	37
Maranhão	MA	8	13	21
Mato Grosso	MT	13	16	29
Mato Grosso do Sul	MS	15	30	45
Minas Gerais	MG	27	41	68
Pará	PA	22	21	43
Paraíba	PB	6	23	29
Paraná	PR	30	47	77
Pernambuco	PE	13	44	57
Piauí	PI	4	14	18
Rio de Janeiro	RJ	50	144	194
Rio Grande do Norte	RN	3	10	13
Rio Grande do Sul	RS	38	55	93
Rondônia	RO	5	13	18
Roraima	RR	1	1	2
Santa Catarina	SC	32	29	61
São Paulo	SP	79	245	324
Sergipe	SE	5	14	19
Tocantins	TO	1	6	7
TOTAL		**465**	**937**	**1402**



Parte II - Componente 1

Promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/aids, prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas

CAMPANHA DE MASSA E AÇÕES DE IMPACTO

Execução de campanhas através dos veículos de comunicação de massa, visando aumentar a conscientização e a compreensão da população acerca dos meios de transmissão do HIV/aids e DST e promover práticas mais seguras para estas infecções

As campanhas nacionais em HIV/aids divulgam mensagens de conteúdo homogêneo em todo o País. Tais campanhas esclarecem a opinião pública e legitimam as ações estratégicas de Saúde Pública relacionadas ao HIV/aids e DST promovidas pelo Governo.

Este trabalho de esclarecimento da população a respeito da importância da prevenção à infecção, dos cuidados que devem ser dedicados ao paciente e da promoção/defesa dos direitos civis varia, obviamente, em função de características culturais e socio-econômicas específicas do País. Estes aspectos englobam, entre outros fatores, o atendimento simultâneo de populações culturalmente diversas e geograficamente distantes, em sua maioria pobres, com baixa escolaridade e com acesso a serviços sociais de qualidade diversificada, o mais das vezes deficiente. Tendo estes aspectos em vista, os enunciados das campanhas possuem um conteúdo objetivo e culturalmente sensível, acessível à população em geral e a populações-alvo específicas.

O rádio e a televisão são imprescindíveis a este trabalho, pelo seu poder de comunicação. Porém existem limitações relativas aos altos custos de veiculação (impostos principalmente pelas grandes redes TV) e ao pequeno espaço reservado à difusão gratuita de vídeos e *spots* de rádio de interesse público na área de HIV/aids e DST.

Geralmente, as campanhas nacionais estimulam ações locais de prevenção e assistência. O planejamento de campanhas nacionais e seus impactos regionais têm propiciado a otimização de recursos financeiros, materiais e humanos, resultando em resultados positivos na luta contra o HIV/AIDS no Brasil.

A definição das abordagens em comunicação de massa parte de uma análise das tendências da epidemia e da conseqüente identificação de populações mais vulneráveis às quais devem ser, preferencialmente, dirigidas estas mensagens. Estudos sobre essas populações fornecem dados importantes que permitem singularizá-las segundo seu grau de vulnerabilidade às DST/HIV/aids, acesso à educação formal, faixa etária etc. Cabe ainda estabelecer diretrizes para a investigação de outras variáveis ligadas à comunicação de massa, como a disponibilidade de serviços de saúde e os efeitos das tradições populares, atitudes e comportamentos socio-culturais sobre difusão e compreensão de conteúdos veiculados.

Há evidências de que a maioria dos brasileiros possui informação sobre aids, e que este grau de conhecimentos é expressivo. A "Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS" (Berquó et al., 2000) mostrou que 70% das pessoas entre 16 e 65 anos sabiam que o preservativo previne a infecção pelo HIV. Entretanto, a pesquisa também apontou que, entre as pessoas que mantêm relações sexuais estáveis e eventuais, 32% não utilizaram preservativos em nenhuma das suas relações sexuais e 34% não os utilizaram em suas relações sexuais estáveis. Tais dados levantam a suposição de que os conhecimentos sobre aids, por si só, não determinam a adoção de comportamentos mais seguros e/ou a auto-percepção de risco.

Na definição das estratégias para comunicação em massa no Projeto Aids II, foram consideradas populações-alvo prioritárias: pessoas com idade entre 15 e 49 anos e mulheres. Dentro destes dois segmentos, as mensagens enfocam a população com menor renda e menor nível de escolaridade. Outras populações consideradas importantes alvos de ações comunicativas são: usuários de drogas injetáveis, população carcerária e pessoas ligadas ao setor de transporte rodoviário.

Com base nos princípios do Projeto, constituem mensagens prioritárias:

Sobre a transmissão do HIV/aids pela via sexual: "O uso consistente do preservativo é o meio mais seguro de se prevenir do HIV/aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis."

Sobre a transmissão do HIV/aids pelo uso de drogas injetáveis: "Seringas e agulhas não devem ser compartilhadas."

Sobre a transmissão vertical do HIV/aids: "Toda gestante deve ser informada de que deve fazer o teste de AIDS e, em caso de resultado positivo, tem direito aos tratamentos recomendados que previnam a transmissão do HIV para o seu filho antes, durante e após o parto."

Sobre o tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids: "Todo cidadão tem direito ao acesso gratuito aos anti-retrovirais, e a boa adesão ao tratamento é condição para a prevenção e controle da doença, com efeitos positivos diretos na vida da pessoa com HIV/aids."

ABORDAGENS TEMÁTICAS

CARNAVAL

Durante o Carnaval, o brasileiro estaria mais aberto a mensagens sobre o comportamento sexual, existindo uma demanda por ações efetivas nesse sentido. Esta comemoração constitui uma oportunidade de reforçar práticas mais seguras quanto ao sexo, principalmente referentes à adoção consistente do preservativo em todas as relações sexuais. No âmbito do Projeto AIDS II, a CN-DST/AIDS estimulou em suas campanhas de Carnaval os temas Viver sem Aids só depende de você (1999), Prevenir é tão fácil quanto pegar (2000) e Não importa de que lado você está, use camisinha (2001).

VIVER SEM AIDS SÓ DEPENDE DE VOCÊ (1999)

A campanha pautou-se na responsabilidade individual sobre a manutenção da saúde e a prevenção da infecção pelo HIV. Após esta campanha, o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) entrevistou 2.000 pessoas em todo o País, verificando os seguintes dados: índice de recall (lembrança retida pelo público) de 72%; e recall espontâneo (lembrança espontânea, sem estímulo de qualquer ordem) de 10%. Esses percentuais são equivalentes aos alcançados pela cerveja Brahma e superiores, por exemplo, ao das marcas Coca-Cola e Skol (de 4%).

Público-alvo: mulheres das classes sociais C, D, E, entre 15 e 39 anos (2.752.923 mulheres ou 17,5% da população geral).

Período: 07 a 16 de fevereiro de 1999

Total de domicílios: 3.979.000

Distribuição de preservativos: 5.400.000

Meios: TV, rádio, revista, outdoor, cinema, cartazes (200.000), folders (3.450.000), adesivos (1.000.000), fitas de cabeça (200.000), camisetas (10.000), banners (500).

Em TV, a mensagem foi veiculada durante 10 dias, em todas as redes nacionais abertas. Apesar do público-alvo principal ser aquele composto pelas mulheres, foram feitas também inclusões em programas de audiência ampla, sempre divulgando informações sobre práticas de sexo mais seguro. Seu custo de veiculação, o mais significativo entre as campanhas de massa, foi de R$ 2.009.544,07.

PREVENIR É TÃO FÁCIL QUANTO PEGAR (2000)

A campanha, com grande veiculação na mídia impressa e eletrônica, simulava um depoimento, com alerta para as conseqüências do não-uso do preservativo.

Público-alvo: homens, mulheres e jovens adultos das classes C, D e E, entre 15 e 39 anos.

Período: 25 de fevereiro a 07 de março.

Meios: TV, rádio, revista, outdoor, cinema.

Televisão:

Para todas as redes nacionais abertas (principalmente em programas preferencialmente dirigidos ao público-alvo), foi produzida e transmitida uma programação com volume de 801 GRP domiciliar, 338 GRP no público-alvo, atingindo um total estimado de 50.987.300 pessoas. A distribuição dos investimentos foi baseada na audiência, conforme relatório de novembro/99, emitido pelo Ibope.

Rádio

Participaram as emissoras líderes e mais populares (FM e AM) das principais cidades onde a festa de Carnaval possui maior público.

Revista

Visando atingir formadores de opinião e também públicos mais segmentados, publicou-se anúncio no formato de página dupla impressa em 4 cores, nas principais revistas semanais do País.

Outdoor

Foram exibidos cartazes em 26 cidades, privilegiando todo o litoral do País, em um total de 638 outdoors.

Cinema

Visando atingir o público jovem das classes A e B, foram exibidos filmes nas salas de cinemas dos maiores centros brasileiros: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília e Porto Alegre.

NÃO IMPORTA DE QUE LADO VOCÊ ESTÁ, USE CAMISINHA (2001)

A campanha procurou focalizar a percepção individual sobre situações de risco e vulnerabilidade, buscando motivar o uso do preservativo.

População: homens e mulheres das classes C, D e E, heterossexuais, entre 20 e 45 anos.

Período: 14 a 27 de fevereiro de 2001.

Meios: TV, rádio, outdoors (609), cartazes (1.500.000), ventarolas (10.000.000).

Televisão

Exibição de filme de 30" nos programas com maior audiência entre o público-alvo em redes nacionais abertas, alcançando nível de GRP domiciliar de 1071.

Rádio

Veiculação de spot de 30" em emissoras FM e AM das cidades onde a festa de Carnaval possui maior público, além de Santos e Itajaí, centros urbanos importantes que apresentam grande incidência de casos de aids.

Outdoor

Exibição de cartazes nas principais capitais e cidades da região litorânea.

Os investimentos com esta campanha foram distribuídos entre as seguintes mídias: R$3.357,525,80 em TV; R$ 325.361,15 em rádio; R$ 468.697,60 em Outdoor; R$250.194,50 em cartazes; R$ 1.584.882,50 em ventarolas.

USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS UDI

O Ministério da Saúde estima que cerca de 25% dos casos acumulados de aids estão direta ou indiretamente relacionados ao compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis. Essa prática, quando do uso de droga lícita ou ilícita por via parenteral, entre homens e mulheres, seguida da transmissão heterossexual do homem UDI infectado pelo HIV para seu(s) parceiro(s) sexual(is), constitui uma cadeia de transmissão central à disseminação do HIV entre os jovens brasileiros. O uso compartilhado de seringas e o efeito de substâncias psicoativas - inclusive as lícitas - constituem fatores que predispõem a uma maior vulnerabilidade para a infecção pelo HIV/aids. O nível de instrução escolar é outro fator preponderante: segundo pesquisa sobre o "Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro" (Szwarcwald CL et al., 2000), o uso de drogas injetáveis é uma prática que se reduz na medida em que aumenta o grau de educação escolar.

Entre as mulheres com aids, 38,2% contraíram o vírus compartilhando seringas ou no contato sexual com parceiros UDI e 36% dos casos de aids pediátrica estão associados ao fato da mãe ser UDI ou ser parceira sexual de um UDI. Observa-se uma rápida e extensa difusão do HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis, especialmente em determinadasregiões do País (como as áreas próximas às rotas de tráfico e zonas portuárias).

SE FOSSE SERINGA, VOCÊ USAVA? (1999)

Para prevenir o compartilhamento de agulhas e seringas e, conseqüentemente, reduzir a infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, o Programa Nacional de Aids lançou, em 1998, a campanha: Se fosse seringa, você usava?

As imagens utilizadas na mensagem de prevenção causaram um grande impacto, criando uma certa polêmica e estimulando o envolvimento de usuários de drogas injetáveis (soropositivos ou não) no debate sobre uma abordagem de saúde mais digna para essa parcela da população, que possibilite um resgate de sua cidadania e uma inclusão mais justa no contexto social.

Estratégia: produção de cartazes com veiculação estritamente dirigida aos UDI.

Abrangência: concentração nas regiões Sul e Sudeste e em zonas de fronteira.

Período: dezembro de 1998

CAMINHONEIROS

Circulam pelas estradas brasileiras cerca de 710.000 caminhões e, provavelmente, 1.000.000 de caminhoneiros. Mais de 70% deles são transportadores de longa distância e passam largos períodos longe da família e da sua comunidade. Uma investigação feita com caminhoneiros no Porto de Santos, SP, apontou para algumas características: reduzido grau de informação, imaginário povoado de mitos e baixa percepção sobre o risco pessoal em relação às DST e à aids. Essas condições, aliadas à grande mobilidade desta população, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e baixa escolaridade - apenas 7% deles completaram oito anos de estudo - colocam os caminhoneiros brasileiros em uma situação de grande vulnerabilidade à infecção, quando comparados a outras classes de trabalhadores.

Os portos e fronteiras, principalmente da região Sul, constituem áreas onde os caminhoneiros mais se arriscam no contato com o mercado da prostituição e das drogas. Esses locais são considerados prioritários no planejamento/execução de campanhas e os caminhoneiros agentes multiplicadores em potencial para a difusão de mensagens de prevenção.

Desde 1999, estes trabalhadores vêm sendo atendidos por ações de prevenção específicas. No primeiro ano do Projeto Aids II foram veiculadas mensagens de prevenção na Revista Caminhoneiro, publicação periódica dirigida a este público, de distribuição gratuita. Foi realizado um concurso de "frases de pára-choque", que oferecia como prêmio ao vencedor um automóvel novo. Foram recebidas mais de 7.000 frases, as quais dão indicações sobre o imaginário do caminhoneiro em relação ao seu comportamento sexual, prevenção, DST, drogas e aids.

No primeiro trimestre de 2000, foram novamente veiculadas mensagens de prevenção em parceria com a Revista Caminhoneiro em 12 anúncios de página simples. Foi também promovido outro concurso, oferecendo um caminhão de pequeno porte, por sorteio, àqueles que respondessem a um pequeno questionário sociocultural. Este concurso resultou em mais de 13.000 respostas (atualmente em fase de tabulação e avaliação). As empresas Ford, Locomotiva e Vipal cooperaram com o Ministério da Saúde no rateio dos custos dessa campanha.

Em 2000, o Ministério da Saúde decidiu investir em nova campanha para esta população, intitulada: "Camisinha: a melhor amiga da estrada".

O objetivo principal da campanha era estimular a adoção do uso do preservativo entre caminhoneiros e profissionais do setor de transporte no País, associando a segurança na estrada ao uso da camisinha e direcionado a aproximadamente 800.000 profissionais.

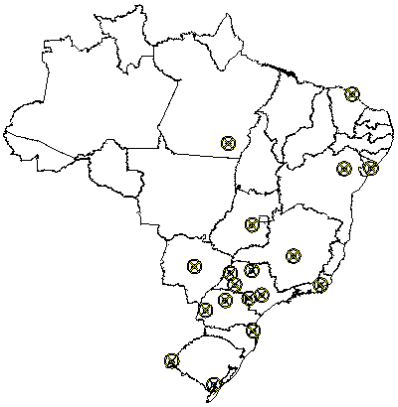
Desde 10 de janeiro de 2001, estão sendo conduzidas ações de intervenção comportamental, com previsão de duração de 6 meses, por parte de organizações não-governamentais e pelo SEST/ SENAT (Serviço Social em Transporte e Serviço Nacional de Aprendizagem em Transporte) em 18 pontos estratégicos , espalhados por estradas brasileiras (nos estados do RS, SC, PR, SP, RJ, MS, MG, SE, BA e PA). Nesses postos de trabalho, são distribuídos materiais educativos, preservativos e exibidos vídeos com mensagens de prevenção.

Peças da Campanha:

- Spots para TV e rádio (veiculação de 20/12 a 19/01 - 30 dias).
- 500.000 folders, 250.000 adesivos, 5.000 cartazes educativos e 500.000 cartilhas com informações gerais (sono, hipertensão e diabetes).
- Outdoors instalados nos corredores de transporte mais importantes de 7 estados brasileiros (SP, SC, PR, ES, GO, PA e RJ); veiculação de janeiro a junho (6 meses).
- Anúncios em revistas especializadas (janeiro).

O investimento de R$1.598.923,58 em veiculação foi distribuído da seguinte forma: TV (merchandising e comerciais) - R$ 224.320,00; Revistas - R$ 195.354,00; Outdoors - R$ 756.000,00; Rádio - R$ 423.249,58.

Em março de 2001, foi iniciado novo concurso com frases sobre prevenção às IST e HIV/AIDS. A ação inclui, novamente, veiculação de mensagens educativas, e consolida a parceria firmada com setores macro-empresariais mais atuantes.



IST/DST: INFECÇÕES/DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (1999)

Existem diversas dificuldades relacionadas à prevenção e tratamento das DST. Quanto à estrutura do sistema de saúde, existem diversas instituições que não estão devidamente capacitadas a prestar um serviço de assistência qualificado e/ou profissionais de saúde despreparados para o atendimento adequado ao paciente (muitos médicos perdem a oportunidade de oferecer o tratamento adequado, seja porque não conseguem diagnosticar alguma DST, seja porque não abordam o problema em toda a sua magnitude, como, por exemplo, estimulando o tratamento do parceiro da pessoa afetada).

Por outro lado, a população ainda não tem informação adequada sobre as infecções/doenças sexualmente transmissíveis. A maioria não sabe reconhecer uma DST, além de existir uma gama de preconceito em abordar essas doenças. Estes aspectos costumam afastar a pessoa dos serviços de saúde e da devida assistência médica. Essa situação é ainda mais grave entre as mulheres, pois em 85% dos casos elas não apresentam qualquer sintoma da doença. Estimativas apontam para a ocorrência de entre 8 a 10 milhões de casos de DST em todo o País, dos quais 60% entre mulheres. Outros fatores preocupantes são: a presença de uma DST sugere haver uma maior probabilidade de exposição ao HIV (por apontar para práticas sexuais não seguras) e a presença de uma DST pode aumentar em até 18 vezes o risco de infecção pelo HIV.

Partindo dessas considerações, foi veiculada em 1999 uma campanha objetivando alertar a população para a necessidade de procurar assistência médica, diagnóstico e tratamento adequado das DST, além de recomendar o uso do preservativo como prevenção das DST/HIV/aids. A estratégia envolveu profissionais da saúde como multiplicadores das informações repassadas ao público geral:

Ao perceber sintomas ou sinais, a pessoa deve:

- Mudar o comportamento de risco que a levou a adquirir a DST;
- Perceber que pode ter se exposto ao HIV;
- Fazer o tratamento de forma correta; e
- Comunicar seus parceiros/parceiras sexuais, que também precisam receber tratamento e orientação, pois não sendo assim, a cadeia de transmissão não se interromperá.

Público-alvo: população sexualmente ativa, ampliando a faixa de 15 a 49 anos, especialmente no sentido de incorporar os mais jovens, para uma faixa de 12 a 60 anos, atingindo meninas mais jovens e homens mais velhos e profissionais de saúde.

Meios: TV, rádio, panfletos, cartazes e cartilhas para profissionais de saúde.

O investimento na campanha considerou os seguintes valores por veículo/mídia: TV - R$ 2.024.283,23; Rádio - R$ 910.899,20; Cartazes - R$ 91.000,00; Cartilhas - R$ 12.300,00.

TRANSMISSÃO VERTICAL (1999)

Contemplando uma questão importante e preocupante relacionada às novas tendências apresentadas pela epidemia no Brasil, as mulheres e a transmissão vertical do HIV/aids constituíram também temas de uma campanha. Esta campanha contou com um comercial veiculado na mídia eletrônica, difusão de cartaz e distribuição de folhetos a mulheres gestantes e envio, por mala direta, de material instrucional, cartazes e folhetos aos profissionais de saúde de todo o País.

O investimento em mídia, da ordem de R$ 3.213.195,58, ficou assim distribuído: TV - R$ 1.273.471,50; Rádio - R$ 522.591,24; Revista - R$ 234.744,00; Outdoor - R$ 309.170,50; Internet - R$ 32.400,00.

CAMISINHA: EU VIVO COM ELA (1999)

Campanha nacional realizada em parceria com a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e Pela Vida, veiculada gratuitamente pela Rede Globo de Televisão, Sistema Brasileiro de Televisão - SBT e Rede Nacional de Televisão Educativa - TVE. Personalidades de destaque na área artística participaram de forma voluntária nessa campanha, baseada na importância do uso do preservativo e na prevenção da AIDS e direcionada à população geral de baixa renda. A iniciativa foi apresentada como uma mobilização da sociedade brasileira, sem assinaturas de instituições. O investimento do Ministério da Saúde limitou-se à produção de um filme de 30", ao custo aproximado de R$ 25.000,00.

ADESÃO PESSOAS VIVENDO COM HIV/ AIDS (1999)

O Brasil tem, hoje, cerca de 95.000 pessoas vivendo com HIV/aids que recebem gratuitamente os medicamentos anti-retrovirais. A política de distribuição gratuita e universal de medicamentos para aids propiciou a redução pela metade do número de mortes relacionadas à aids (54%, no município de São Paulo, onde há maior incidência) e 80% no número de determinadas infecções oportunistas ou sintomas graves da doença. Além disso, 146 mil hospitalizações foram evitadas entre 1997 e 1999 (tomando como unidade de comparação as estimativas referentes ao peíodo). Tal política tem resultado em uma significativa melhora na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids e na economia de recursos públicos com o tratamento e a internação de pacientes de, aproximadamente, US$ 472 milhões de dólares.

Em 1999, o Programa Nacional de DST e aids apoiou a realização de uma pesquisa com mais de mil pacientes em São Paulo. Constatou-se que 69% deles aderiram em 80% ao tratamento com medicamentos anti-retrovirais, ou seja, tomavam os remédios corretamente em 80% ou mais das vezes. Um estudo na cidade de San Diego, Califórnia, mostrou que 72% dos pacientes tomavam os remédios 80% das vezes, apontando, portanto, para taxas de adesão comparáveis. O estudo de São Paulo comprovou que o fator mais importante com relação à não-adesão do paciente era a falta a uma consulta médica. Em seguida, aparecia o nível de esclarecimento e o apoio oferecido na clínica, e a seguir a renda do paciente e seu nível educacional.

A adesão de pacientes depende, diretamente, da qualidade dos serviços oferecidos. As pessoas em situação econômica pior têm mais problemas para manter o tratamento. De fato, estima-se que 30% dos pacientes têm dificuldades em cumprir o horário da medicação. A maioria dos pacientes aprende como tomar os remédios, porém isto não se traduz, necessariamente, em sua utilização sistemática. Muitos não entendem a necessidade do tratamento e o abandonam quando surgem os primeiros efeitos colaterais.

Para ampliar o número de pacientes com aids que fazem uso correto dos medicamentos anti-retrovirais, o Ministério da Saúde realizou uma campanha em parceria com os laboratórios Merck Sharp & Dhome e Abbot.

A estratégia da ação incluía a distribuição de estojos de medicamentos, a confecção de cartelas de programação de medicamentos, a produção de materiais gráficos, educativos, com ênfase na responsabilidade individual do paciente e a realização de 40 treinamentos para 48 facilitadores de adesão ao tratamento.

População-alvo: Pacientes com HIV/aids que fazem uso de medicamentos.

Meios: revistas (100.000); cartazes (15.000); displays (10.000); estojos (100.000) 100.000 para medicamentos (investimento de R$ 340.000,00, assumido pelas empresas).

Treinamentos: Grupo Adesão Auto-ajuda: 40 treinamentos para 48 facilitadores (investimento de R$ 250.000,00, assumido pelas empresas).

DIA MUNDIAL DE LUTA CONTRA A AIDS

O Dia Mundial de Luta Contra a Aids, 1º de dezembro, foi instituído em 1988 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma data simbólica de conscientização para todos os povos sobre a pandemia de Aids. As atividades desenvolvidas nesse dia visam divulgar mensagens de esperança, solidariedade, prevenção e incentivar novos compromissos com essa luta. A iniciativa foi referendada pelo Sistema das Nações Unidas, por meio da Assembléia Mundial de Saúde, e tem o apoio dos governos e organizações da sociedade civil de todos os países. A cada ano, a OMS elege a população/ grupo social que registra o maior crescimento da incidência de casos de HIV/aids e define estratégias para uma campanha com ações de impacto e sensibilização sobre a questão.

A FORÇA DA MUDANÇA: COM OS JOVENS EM CAMPANHA CONTRA A AIDS (1998)

Buscando oferecer respostas à situação especial de vulnerabilidade dos jovens à infecção pelo HIV, evidenciada pela prevalência de mais de 30% dos casos conhecidos entre pessoas com idade entre 10 e 24 anos que vivem em países em desenvolvimento, a UNAIDS recomendou, como tema de 1998, “Os jovens, a força da mudança”.

A partir daí, realizou-se campanha nacional a fim de mobilizar a população jovem para a prevenção da aids e para a melhoria da qualidade de vida de jovens afetados pelo HIV/aids. A mensagem escolhida procurava despertar o jovem para a seriedade e responsabilidade diante do problema, ao mesmo tempo em que convidava a sociedade a refletir sobre o seu enfrentamento.

População-alvo: Jovens em idade sexualmente ativa.

Período: 01 a 15 de dezembro.

Meios: TV; rádio; cinema.

TV

Programação nas principais redes nacionais abertas e TV a cabo, por um período de quinze dias. Veiculação de comerciais de 60 e 30 segundos, com volume médio de 270 TRP semanal.

Rádio

Veiculação em cidades com taxas de prevalência de (no mínimo) 100 casos por 100 mil habitantes, incluindo testemunhal de 30 segundos com os principais comunicadores das emissoras indicadas, além de testemunhais dirigidos à população adolescente e adulta jovem, programados para redes FM especializadas neste segmento.

O investimento de R$ 3.934.888,25 em mídia ficou assim distribuído: TV, R$ 3.093.926,97; Rádio, R$ 787.461,28; Cinema, R$ 53.500,00.

Há várias gerações os jovens se vestem para defender suas idéias. Agora, chegou a sua vez. Use camisinha.

Além da campanha, promoveu-se jogo amistoso de futebol entre as seleções nacionais do Brasil e da Rússia, em parceria com a Confederação Brasileira de Futebol; e com o patrocínio de empresas privadas. A renda dos ingressos foi revertida para organizações não-governamentais que desenvolvem trabalhos voltados para meninos e meninas em situação de rua e de pobreza, e para casas de apoio. Além disso, também houve show musical com personalidades brasileiras, que se apresentaram gratuitamente.

8.2. PAIS E FILHOS (1999)

Em 1999, o Brasil foi escolhido como país sede para o lançamento da Campanha Mundial. Em uma cerimônia que contou com a presença do Presidente da República, do Ministro da Saúde e do Diretor Executivo da UNAIDS, Peter Piot, foi definido que, em todo mundo, as crianças e os jovens deveriam ser considerados populações prioritárias para a prevenção à aids, e que o diálogo é o melhor

instrumento na defesa dos jovens contra a epidemia. “ Escute, Aprenda e Viva” , este foi o lema escolhido pela UNAIDS.

A campanha “ Escute, Aprenda e Viva sem Aids” contou com diversas ações de intervenção possibilitadas pela mobilização nacional em torno da data. Entre as principais, destacou-se mensagem veiculada em TV, spot de rádio, cartaz e dois grandes shows.

O primeiro, realizado no Sul, região onde a epidemia mais cresce no País, na cidade de Curitiba, PR, contou com a participação solidária de diversos artistas de renome nacional, público aproximado de 15.000 pessoas e duas retransmissões nacionais pela Rede Nacional da TV Educativa. O segundo espetáculo aconteceu na Rocinha, maior favela do Rio de Janeiro, marcando o início de um projeto que realiza, mensalmente, shows de promoção da saúde e divulgação de ações preventivas em diferentes favelas da cidade, com distribuição de preservativos e folders informativos. Em ambos os eventos, foi dado especial destaque a mensagens de prevenção em DST/aids.

O investimento de R$ 2.958.564,85, em mídia, ficou assim distribuído: TV, R$ 2.137.715,53; Rádio, R$ 756.049,32; Cinema, R$ 64.800,00.

NÃO LEVE AIDS PARA CASA (2000)

Durante a 21ª Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1999, atentou-se para a especial vulnerabilidade a que estão expostos as pessoas do sexo masculino à infecção pelo HIV/aids. Constatou-se que:

1- a saúde masculina recebe pouca atenção, apesar da sua importância;
2- o comportamento masculino o expõe ao HIV;
3- o comportamento masculino expõe a mulher ao HIV;
4- sexo entre homens sem proteção ameaça tanto homens como mulheres; e
5- o homem deve considerar que a aids pode atingir a sua família.

Partindo desse paradigma, a UNAIDS recomendou a abordagem de gênero durante as ações que tradicionalmente se realizam por ocasião do Dia Mundial de Luta Contra a Aids.

Obedecendo a essas diretrizes, o Ministério da Saúde desenvolveu campanha nacional conforme segue descrito:

Objetivo:

Atentar para a responsabilidade do homem sobre a sua própria saúde e a de seus parceiros e, principalmente, sobre o seu papel na prevenção e controle da epidemia da aids no Brasil.

Veículos:

TV, rádio, peças gráficas (banners, cartazes e folders), outdoors e evento (festival de cinema)

Veiculação: dezembro de 2000

EDIÇÃO DE MATERIAIS DE IEC

O Setor de Edição da Coordenação Nacional de DST e Aids, vinculado à Assessoria de Comunicação, é responsável pela definição dos princípios editoriais, conceitos e práticas de normalização textual e gráfica; e pela difusão das recomendações técnico-científicas de referência nacional e mensagens publicitárias elaboradas pelo Ministério da Saúde em DST e aids.

Entretanto, a produção editorial da CN-DST/AIDS, para atender às suas metas de cobertura cada vez mais amplas em função da interiorização da epidemia em um país continental, exige tiragens consideráveis e uma complexa logística de distribuição. Portanto, é cada vez mais importante o apoio político do Ministério à descentralização da produção e distribuição de materiais gráficos, em nível regional e local, pelas instituições governamentais e organizações da sociedade civil parceiras do Projeto.

A implementação dessas estratégias é essencial para o maior alcance e qualidade na informação e orientação técnica com vistas na prevenção e assistência ao HIV/aids; além de permitir respostas mais ágeis - e acertadas - à demanda do público geral e de segmentos específicos mais vulneráveis ou sob maior risco de infecção, segundo os valores individuais, tradições históricas e hábitos culturais de cada comunidade.

Como conseqüência desse trabalho, o aprimoramento da produção editorial do Programa Nacional de DST e Aids tem proporcionado maior aprofundamento, diversidade temática e de público, sofisticação técnica e esmero estético aos nossos livros, livretes, manuais, cartilhas e outros. E ademais, tem servido de modelo à sua tradução em outros idiomas para publicação em diversos países.

DESCENTRALIZAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO

O Programa Nacional de DST e Aids tem recebido cerca de trinta solicitações de publicações e outros materiais diariamente, de todas as partes do País. Isso dificulta o atendimento em tempo hábil, sem mencionar despesas com envio de material. Diante desse quadro, iniciou-se junto às Coordenações de DST e Aids locais, no ano de 2000, um processo descentralização na distribuição desses materiais.

Objetivo geral: promover a descentralização de material educativo/informativo (IEC), junto às Coordenações de DST e Aids Estaduais e Municipais, para habilitá-las aos atendimentos de demandas locais, incluindo as de organizações não-governamentais.

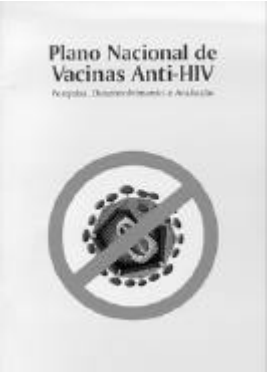
Objetivos específicos

1- Conhecer a receptividade e condições (física, financeira e técnica) das Coordenações Estaduais e Municipais DST/Aids, em relação ao processo de descentralização de material;
2- Conhecer a receptividade das organizações não-governamentais em relação ao processo proposto;
3- Construir banco de dados para subsídio no dimensionamento qualitativo e quantitativo das grades de distribuição de material;
4- Construir propostas de distribuição de material;
5- Divulgar o novo sistema através dos espaços de comunicação como site, Disque Saúde e nos próprios materiais.

Entre os resultados esperados, estão:

- aproximação das Coordenações Regionais com os serviços de ponta, municípios e parceiros,
- adequação da oferta de material à realidade local,
- estímulo à produção/reprodução de material,
- facilidade na resposta de envio de material para eventos específicos,
- economia de recursos alocados para essa finalidade.

PUBLICAÇÕES EDITADAS (JANEIRO/1999 A DEZEMBRO/2000)



Título: Plano Nacional de Vacinas Anti-HIV. Pesquisa Desenvolvimento e Avaliação

Público-alvo: Pesquisadores e profissionais de saúde

Tiragem: 3.000

Sinopse: Mostra estratégias utilizadas pelo Plano Nacional de Vacinas Anti-HIV para o desenvolvimento, a avaliação, a disseminação da informação, a disponibilização e a produção de vacinas seguras e eficazes contra o HIV.

Título: Ações nas Áreas de Aids e Drogas

Público-alvo: Gestores de programas, profissionais de saúde e sociedade civil organizada

Tiragem: 300

Sinopse: Relatório final do Projeto de Prevenção às DST/HIV/aids e ao Uso Indevido de Drogas no qual são apresentadas características, financiamentos, executores, áreas de atuação, tratamentos, estudos de pesquisas e avaliação do projeto.

Título: Testes de Sensibilidade à Penicilina - Manual

Público-alvo: Profissionais de saúde

Tiragem: 20.000

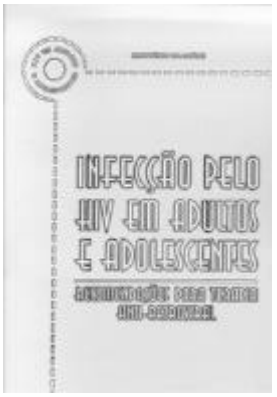
Sinopse: Manual elaborado com o objetivo de retomar e revisar o tratamento da sífilis, em todos os seus estágios, alertando para a necessidade de diagnosticar adequadamente se o paciente tem alergia à penicilina e suas possíveis reações.

Título: Assistência Domiciliar Terapêutica - Guia de Procedimentos em HIV/aids

Público-alvo: Profissionais de saúde, assistentes sociais e psicólogos

Tiragem: 2.500

Sinopse: Relatos de experiências e práticas desenvolvidas por profissionais de todo o País.



Título: Infecção pelo HIV em Adultos e Adolescentes. Recomendações para Terapia Anti-retroviral

Público-alvo: Profissionais de saúde

Tiragem: 10.000

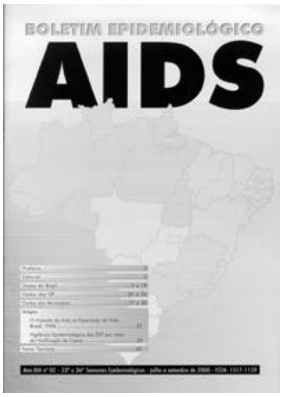
Sinopse: Apresenta as normas e procedimentos para a terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes, além de informações sobre as drogas utilizadas no tratamento e as recomendações terapêuticas em situações especiais.

Título: Boletim Epidemiológico - Aids - Ano XIII, n.º 1, Semana Epidemiológica 48/99 a 22/99 - dezembro/1999 a junho/2000

Público-alvo: Profissionais que trabalham no Sistema de Vigilância Epidemiológica e pesquisadores

Tiragem: 21.000

Sinopse: Mostra dados de período específico do ano da epidemia de aids no País.



Título: Boletim Epidemiológico - Aids - Ano XII, n.º 4, Semana Epidemiológica 35 a 47 - setembro a novembro de 1999

Público-alvo: Profissionais que trabalham no Sistema de Vigilância Epidemiológica e pesquisadores

Tiragem: 21.000

Sinopse: Mostra dados de período específico do ano da epidemia de aids no País.

Título: Boletim de Direitos Humanos em HIV/Aids - Ano 3, n.º 01

Público-alvo: Profissionais de saúde, sociedade civil organizada e população geral

Tiragem: 10.000

Sinopse: Boletim que divulga as ações de Direitos Humanos em HIV/aids.

Título: Terapia Anti-retroviral e Saúde Pública - Um Balanço da Experiência Brasileira

Público-alvo: Gestores de programas, profissionais de saúde e população geral

Tiragem: 5.000

Sinopse: Analisa o processo de disponibilização da terapia anti-retroviral no Brasil, com um panorama geral da Saúde Pública e com os problemas específicos que a epidemia pelo HIV/aids representa para o País.

Título: Aids - Leia Antes de Escrever. Guia Prático sobre Aids para Profissionais de comunicação

Público-alvo: Profissionais de comunicação

Tiragem: 3.000

Sinopse: Glossário com termos ligados à aids que procura prestar esclarecimentos técnicos aos profissionais de comunicação.

Título: Cuidando de Alguém com Aids

Público-alvo: Profissionais de saúde e população em geral

Tiragem: 4.000

Sinopse: Ressalta a importância do tratamento domiciliar e mostra os cuidados necessários destinados aos pacientes com aids.

Título: Cuidando da Minha Criança com Aids

Público-alvo: Profissionais de saúde e população geral

Tiragem: 10.000

Sinopse: Esclarece por meio de perguntas e respostas as possíveis dúvidas relacionadas ao tratamento de crianças com aids, enfocando a necessidade de se manter a criança no convívio social e não excluí-la do contato com outras pessoas.

Título: Aids - Recomendações para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV

Público-alvo: Profissionais de saúde

Tiragem: 50.000

Sinopse: Normatiza as questões técnicas relativas à prescrição de medicamentos ARV às mulheres que vivem com HIV/aids.

Título: Manual de Treinamento de Aconselhamento em DST, HIV e Aids

Público-alvo: Profissionais de saúde, assistentes sociais e psicólogos

Tiragem: 5.000

Sinopse: Sistematiza proposta de implantação da prática do aconselhamento nas Unidades de Saúde e subsidia as atividades de treinamento de aconselhamento em DST e aids, oferecendo aos instrutores recursos conceituais e metodológicos.

Título: Álbum Seriado - DST

Público-alvo: Profissionais de saúde

Tiragem: 2.000

Sinopse: Mostra por meio de ilustrações pacientes em tratamento clínico de infecções por doenças sexualmente transmissíveis.

Título: Aprendendo sobre Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis - Livro da Família - 3ª edição

Público-alvo: População geral

Tiragem: 250.000

Sinopse: Esclarece o que são as DST e a aids, quais são os seus sinais e os seus sintomas, as formas de contágio e os meios de prevenção.

Título: Mini Álbum Seriado - DST

Público-alvo: Profissionais de saúde

Tiragem: 2.000

Sinopse: Mostra por meio de ilustrações pacientes em tratamento clínico de infecções por doenças sexualmente transmissíveis.

Título: III Congresso de Prevenção em DST/Aids - 1ª Edição

Público-alvo: População geral

Tiragem: 10.000

Sinopse: Publicação que contém o resumo, a descrição e os resultados das pesquisas e trabalhos apresentados no III Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/Aids.

Título: Doenças sexualmente transmissíveis. É preciso tratar. É preciso evitar

Público-alvo: Profissionais de saúde e população geral

Tiragem: 230.000

Sinopse: Objetiva demonstrar as principais DST e quais os métodos de prevenção e tratamento dessas doenças sexualmente transmissíveis.

Título: Conversando sobre nossa saúde: Manual de saúde para os povos indígenas

Público-alvo: Profissionais de educação e agentes indígenas de saúde

Tiragem: 1.000

Sinopse: Atender as comunidades indígenas no enfrentamento das doenças sexualmente transmissíveis e do HIV/aids.

Título: Prevenção e Controle das DST/AIDS na comunidade - Manual do agente comunitário de saúde

Público-alvo: Agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde

Tiragem: 50.000

Sinopse: Publicação que se destina a contribuir para a instrução, consulta e apoio permanentes ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, transformando-os em aliados imprescindíveis na luta contra a aids.

Título: Caderno de Jornalismo do Seminário para Jornalistas sobre DST/Aids no Local de Trabalho

Público-alvo: Profissionais da mídia jornalística e de saúde

Tiragem: 3.000

Sinopse: Resumo do debate sobre DST, HIV/aids entre profissionais de saúde e a mídia jornalística.

Título: Boletim Epidemiológico - Aids - Ano XII, n.º 2, Semana Epidemiológica 09 a 21 - março a maio de 1999

Público-alvo: Profissionais que trabalham no Sistema de Vigilância Epidemiológica e pesquisadores

Tiragem: 21.000

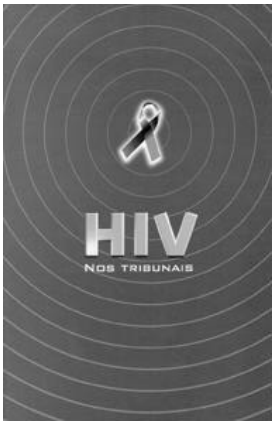
Sinopse: Mostra dados de período específico do ano da epidemia de aids no País.

Título: Boletim Epidemiológico - Aids - Ano XII, n.º 3, Semana Epidemiológica 22 a 34 - junho a agosto de 1999

Público-alvo: Profissionais que trabalham no Sistema de Vigilância Epidemiológica e pesquisadores

Tiragem: 21.000

Sinopse: Mostra dados de período específico do ano da epidemia de aids no País.



Título: HIV nos tribunais

Público-alvo: Sociedade civil organizada, profissionais de mídia e profissionais do Direito

Tiragem: 10.000

Sinopse: Trata da jurisprudência sobre a aids no Brasil, estimulando a discussão sobre o exercício e o respeito à cidadania das pessoas que convivem com o HIV e a aids no Brasil.

Título: Arqhivo: Relato autobiográfico sobre aids, vida e cascas de banana

Público-alvo: População geral

Tiragem: 2.000

Sinopse: Relato autobiográfico de Bernardo Dania Guiné que tem como objetivo despertar nos jovens leitores a consciência do sexo em tempos de aids, dos riscos e conseqüências do comportamento sexual, e como enfrentar a doença com dignidade.

Título: Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos: relatório final de pesquisa

Público-alvo: Profissionais de saúde e população geral

Tiragem: 3.000

Sinopse: Traz estudo desenvolvido com o objetivo de analisar a aceitabilidade do condom feminino entre usuárias de serviços de saúde selecionados do SUS em contextos urbanos distintos do País, fornecendo subsídios para a Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, no que se refere à ampliação de oferta do preservativo feminino na rede pública de saúde.

Título: Aconselhamento: Um desafio para a prática integral em saúde. Avaliação das ações

Público-alvo: Profissionais de saúde

Tiragem: 8.000

Sinopse: Faz uma avaliação qualitativa das ações de aconselhamento em DST/HIV/aids desenvolvidas no âmbito de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, e aponta para a importância do aconselhamento direcionado ao paciente.

Título: Controle do HIV/aids: a experiência brasileira 1994-1998. HIV/Aids Control: the Brazilian Experience 1994-1998

Público-alvo: Gestores de programas e população geral

Tiragem: 1.500

Sinopse: Retrata de forma sucinta a história da aids no País, dando destaque às parcerias pioneiras que o PN-DST/AIDS tem estabelecido com organizações da sociedade civil, agências de cooperação internacional e com o setor privado.

Título: Manual de Educação Popular em Saúde da

Mulher: Um guia para monitores de educação popular em saúde da mulher

Público-alvo: Profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde e população feminina

Tiragem: 3.000

Sinopse: Contém informações técnico-científicas focalizando a saúde da mulher sob a perspectiva de gênero.

Título: Pesquisas em HIV/ AIDS financiadas pelo Ministério da Saúde

Público-alvo: Sociedade civil organizada

Tiragem: 2.000

Sinopse: Resumo de pesquisas em HIV/aids financiadas pelo Ministério da Saúde e patrocinadas pela Coordenação Nacional de DST e Aids.

Título: Política Nacional de DST/ Aids: Princípios e diretrizes

Público-alvo: Secretários de Saúde e Gerentes de Programas de DST e Aids

Tiragem: 3.000

Sinopse: Sistematiza as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/aids no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, definindo prioridades.

Título: Infecção pelo HIV em criança: guia de tratamento clínico

Público-alvo: Profissionais de saúde

Tiragem: 2.000

Sinopse: Apresenta as normas e procedimentos para a terapia anti-retroviral em crianças, além de incorporar novos fármacos e indicar novos esquemas de terapia anti-retroviral.

Título: Conversando sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids: sugestões para trabalhar com professores e agentes indígenas de saúde

Público-alvo: Profissionais de saúde e de educação, e agentes indígenas de saúde

Tiragem: 3.000

Sinopse: Possibilita aos professores e agentes de saúde sua capacitação para o enfrentamento das DST, HIV/aids entre as populações indígenas.

Título: Anais do III Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/ Aids - de 6 a 9 de dezembro de 1999. Rio de Janeiro/RJ - 2ª edição

Público-alvo: População geral

Tiragem: 4.000

Sinopse: Publicação que contém o resumo, a descrição e os resultados das pesquisas e trabalhos apresentados no III Congresso Brasileiro de DST e Aids.

Título: Povos Indígenas e a Prevenção às DST, HIV e Aids: Manual de diretrizes técnicas

Público-alvo: Profissionais de saúde e de educação e agentes indígenas de saúde

Tiragem: 5.000

Sinopse: Serve de guia para implantação de programas de prevenção em DST/HIV/aids no modelo assistencial diferenciado para os povos indígenas, respeitando o Sistema Único de Saúde (SUS) e a diversidade social e cultural das comunidades.

Título: Guia-debate - Aconselhamento em DST, HIV e Aids

Público-alvo: Profissionais de saúde, assistentes sociais, psicólogos e sociedade civil organizada

Tiragem: 3.000

Sinopse: Apresenta debate sobre o aconselhamento em DST, HIV/aids

Título: DST/Aids na Mira

Público-alvo: Conscritos do Exército

Tiragem: 600.000

Sinopse: Aborda questões de DST, HIV/aids visando a prevenção entre os conscritos do exército.

Título: Manual de Condutas - Exposição Ocupacional a Material Biológico - Hepatite e HIV

Público-alvo: Profissionais de Saúde

Tiragem: 5.000

Sinopse: Descreve os cuidados necessários para evitar a disseminação do vírus HIV e dos vírus hepatite B e C no ambiente de trabalho e recomenda o que deve ser feito após a exposicão a esses vírus.

Título: Relatório sobre o Seminário de Sustentabilidade nas Ações em HIV e Aids: Definindo metas e estratégias em parceria

Público-alvo: Sociedade civil organizada

Tiragem: 100

Sinopse: Objetiva subsidiar discussões sobre o tema "Sustentabilidade nas Ações em HIV e Aids" e ampliar, graças à sua divulgação, o leque de instituições e pessoas que, de diferentes formas, estão envolvidas na busca de soluções para questões relacionadas à aids.

Título: Manual de Treinamento e Aconselhamento em DST, HIV e Aids - 3ª edição-reimpressão

Público-alvo: Profissionais de saúde, assistentes sociais e psicólogos

Tiragem: 3.000

Sinopse: Sistematiza proposta de implantação da prática do aconselhamento nas Unidades de Saúde e subsidia as atividades de treinamento de aconselhamento em DST e aids, oferecendo aos instrutores recursos conceituais e metodológicos.

Título: Prevenção e Controle das DST/HIV na Comunidade - Manual do Agente Comunitário de Saúde - reimpressão

Público-alvo: Agentes Comunitários de Saúde

Tiragem: 250.000

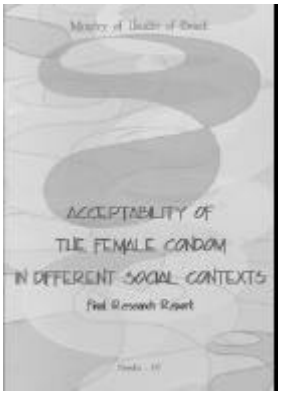
Sinopse: Publicação que se destina a contribuir para a instrução, consulta e apoio permanentes ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, transformando-os em aliados imprescindíveis na luta contra a aids.

Título: Aprendendo sobre Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis - Livro da Família - reimpressão

Público-alvo: População geral

Tiragem: 250.000

Sinopse: Esclarece o que são as DST e a aids, quais são seus sinais e sintomas, as formas de contágio e os meios de prevenção.

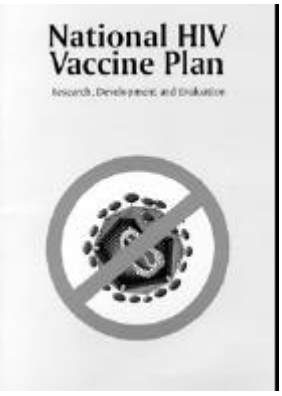


Título: Acceptability of the Female Condom in Different Social Contexts - Final Research Report

Público-alvo: Profissionais de saúde e de educação e sociedade civil organizada

Tiragem: 3.000

Sinopse: Traz estudo desenvolvido com o objetivo de analisar a aceitabilidade do condom feminino entre usuárias de serviços de saúde selecionados do SUS em contextos urbanos distintos do País, fornecendo subsídios para a Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, no que se refere à ampliação de oferta do preservativo feminino na rede pública de saúde.

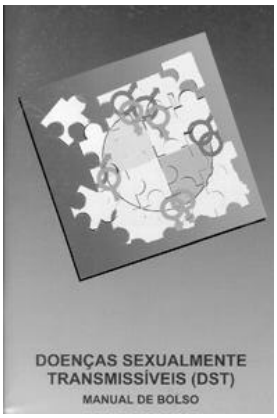


Título: National HIV Vaccine Plan - Research, Development and Evaluation

Público-alvo: Profissionais de saúde, gestores de projetos, pesquisadores e sociedade civil organizada

Tiragem: 1.000

Sinopse: Mostra estratégias utilizadas pelo Plano Nacional de Vacinas Anti-HIV para o desenvolvimento, a avaliação, a disseminação da informação, a disponibilização e a produção de vacinas seguras e eficazes contra o HIV.



Título: Doenças Sexualmente Transmissíveis - Manual de Bolso

Público-alvo: Profissionais de saúde

Tiragem: 150.000

Sinopse: Sistematiza proposta de implantação da prática do aconselhamento nas Unidades de Saúde e subsidia as atividades de treinamento e aconselhamento em DST e aids, oferecendo aos instrutores recursos conceituais e metodológicos. Tem como diferencial seu formato de manual de bolso, possibilitando uma consulta imediata do profissional de saúde em qualquer ocasião.

Título: Boletim Epidemiológico - Aids - Ano XIII - nº 1 - Semana Epidemiológica 48/99 a 22/00 - dezembro/99 a maio/00

Público-alvo: Profissionais que trabalham no Sistema de Vigilância Epidemiológica e pesquisadores

Tiragem: 22.000

Sinopse: Mostra dados de período específico do ano da epidemia de aids no País

Título: Definição Nacional de Caso de Aids em Indivíduos Menores de 13 Anos, para fins de vigilância epidemiológica

Público-alvo: Profissionais de saúde e gestores de projetos em HIV/aids e DST

Tiragem: 10.000

Sinopse: Disponibiliza resultados da reunião do Comitê Assessor de Epidemiologia que discute e revisa a Definição Nacional de Caso de Aids em Crianças, com o objetivo de permitir uma melhor identificação dos casos de aids.

Título: Boletim Epidemiológico - Aids - Ano XIII - nº 1 - Semana Epidemiológica 48/99 a 22/00 - dezembro/99 a maio/00

Público-alvo: Profissionais que trabalham no Sistema de Vigilância Epidemiológica, Profissionais de saúde e educação e gestores de projetos em HIV/aids e DST

Tiragem: 22.000

Sinopse: Mostra dados de período específico do ano da epidemia de aids no País.

Título: Comissões Interinstitucionais de DST/aids - Consolidando o Controle Social

Público-alvo: Profissionais de saúde e educação, sociedade civil organizada e gestores de projetos em HIV/aids e DST

Tiragem: 1.000

Sinopse: Objetiva subsidiar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, organizações da sociedade civil com atividades em HIV/aids e outros setores que atuam na prevenção e assistência das DST/HIV/aids nesta interlocução.

Título: Boletim da Rede de Direitos Humanos em HIV/Aids - Ano 4 n.º 1

Público-alvo: Profissionais de saúde, sociedade civil organizada e população geral.

Tiragem: 10.000

Sinopse: Boletim que divulga as ações de direitos humanos em HIV/aids.

Título: Boletim da Rede de Direitos Humanos em HIV/Aids - Edição Especial

Público-alvo: Profissionais de saúde, sociedade civil organizada e população geral

Tiragem: 20.000

Sinopse: Boletim que divulga as ações de direitos humanos em HIV/aids.

Título: Boletim Epidemiológico - Aids - Ano XIII - nº 2 - Semana Epidemiológica 23 a 35 - Julho a Setembro/00

Público-alvo: Profissionais que trabalham no Sistema de Vigilância Epidemiológica e pesquisadores

Tiragem: 22.000

Sinopse: Mostra dados de período específico do ano da epidemia de aids no País.

Título: Código de Transas sem Fronteiras

Público-alvo: População em situação de pobreza

Tiragem: 15.000

Sinopse: Cartilha referente à prevenção das DST, HIV/aids para população em situação de pobreza.

Título: Ativismo e Liderança: uma metodologia na luta contra a aids

Público-alvo: Sociedade civil organizada e ativistas na luta contra as DST/aids

Tiragem: 3.000

Sinopse: Histórico dos 4 treinamentos realizados nas regiões Sul, Nordeste, Norte, Centro-Oeste e Sudeste, trazendo o contexto político e as conquistas da luta contra a aids no Brasil. Descreve os princípios metodológicos e as reflexões acumuladas no decorrer dos trabalhos.

Título: Fios da Vida: tecendo o feminino em tempos de aids

Público-alvo: Sociedade civil organizada e multiplicadoras de ações em prevenção de DST/aids

Tiragem: 3.000

Sinopse: Retrata oficinas de trabalho que incluem informações sobre DST, aids, negociação com o parceiro etc. que possam esclarecer e orientar a população feminina sobre suas dúvidas relativas às DST, aids e sexualidade.

Título: GAPAs: uma resposta comunitária à epidemia da aids no Brasil

Público-alvo: Organizações da sociedade civil

Tiragem: 2.000

Sinopse: História da formação e implementação dos primeiros GAPAs no Brasil.

Título: Legislação sobre DST e Aids no Brasil Volume 1: Direitos Humanos

Público-alvo: Profissionais de saúde, juristas, legisladores e pesquisadores

Tiragem: 3.000

Sinopse: Compêndio de leis federais e estaduais relativas ao HIV/aids e direitos humanos dos portadores do HIV/aids.

Título: Legislação sobre DST e Aids no Brasil Volume 2 - Tomo I: Normas Federais

Público-alvo: Profissionais de saúde, juristas, legisladores e pesquisadores

Tiragem: 3.000

Sinopse: Compêndio de leis federais e estaduais relativas ao HIV/aids e direitos humanos dos portadores do HIV/aids.

Título: Legislação sobre DST e Aids no Brasil Volume 2 - Tomo II: Normas Federais

Público-alvo: Profissionais de saúde, juristas, legisladores e pesquisadores

Tiragem: 3.000

Sinopse: Compêndio de leis federais e estaduais relativas ao HIV/aids e direitos humanos dos portadores do HIV/aids.

Título: Legislação sobre DST e Aids no Brasil Volume 3: Outras Normas

Público-alvo: Profissionais de saúde juristas, legisladores e pesquisadores

Tiragem: 3.000

Sinopse: Compêndio de leis federais e estaduais relativas ao HIV/aids e direitos humanos dos portadores do HIV/aids.

Título: Série Avaliação 1 - Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo

Público-alvo: Profissionais de saúde e sociedade civil organizada

Tiragem: 2.000

Sinopse: Divulga trabalho pioneiro para o conhecimento da adesão ao tratamento anti-retroviral no Brasil e a efetividade da política nacional de disponibilização desses medicamentos, seus resultados e repercussão social.

Título: Série Avaliação 2 - Brasil: Contas em Aids - Gasto público federal em 1997 e 1998 e estimativa do gasto nacional em 1998

Público-alvo: Gestores de programas, profissionais de saúde e sociedade civil organizada

Tiragem: 2.000

Sinopse: Estudo que representa uma primeira aproximação das contas em aids do Brasil. Dimensiona o montante e descreve os fluxos dos recursos aplicados pelo Ministério da Saúde na prevenção e tratamento da aids, em 1997 e 1998, e faz uma estimativa dos dispêndios nacionais para 1999.

Título: Série Avaliação 3 - Levantamento Nacional sobre Prevenção de DST/ AIDS e de Uso Indevido de Drogas em Escolas

Público-alvo: Profissionais da educação e multiplicadores adolescentes no ambiente escolar

Tiragem: 2.000

Sinopse: Estudo que trata do conjunto das Ações de Prevenção de DST/aids e Uso Indevido de Drogas nas escolas brasileiras de ensino fundamental e médio.

Título: Série Avaliação 5- Bela Vista e Horizonte: Estudos Comportamentais e Epidemiológicos entre Homens que fazem Sexo com Homens

Público-alvo: Profissionais de saúde, pesquisadores e sociedade civil organizada

Tiragem: 2.000

Sinopse: Resultado de dois importantes estudos brasileiros - o Projeto Bela Vista, de São Paulo, e o Projeto Horizonte, de Belo Horizonte - sobre o comportamento sexual entre os HSH, permitindo o desenho de políticas públicas mais eficazes e efetivas na prevenção da infecção do HIV.

Título: Série Avaliação 4 - Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/ AIDS

Público-alvo: Profissionais de saúde, pesquisadores e sociedade civil organizada

Tiragem: 2.000

Sinopse: Relatório que contém uma análise descritiva dos resultados relativos a diversos tópicos cobertos pela pesquisa "Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS".

Título: A Parceria entre Governo e Empresários na Prevenção das DST/ Aids - Conselho Empresarial Nacional de Prevenção ao HIV/ Aids (bilingüe - português/espanhol)

Público-alvo: Agentes multiplicadores em empresas e ONG que atuam no local de trabalho

Tiragem: 3.000

Sinopse: Amplia a participação do setor privado e seus organismos de classe na implantação de políticas e estratégias para a prevenção às DST, HIV/aids no Local de Trabalho.

Título: Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/aids

Público-alvo: Profissionais de saúde mental

Tiragem: 6.000

Sinopse: Publicação distribuída em artigos temáticos que orientam o diagnóstico clínico e a assistência terapêutica de pacientes afetados pela epidemia do HIV/aids.

Título: Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) - reimpressão

Público-alvo: Profissionais de Saúde, assistentes sociais e psicólogos

Tiragem: 2.000

Sinopse: Objetiva introduzir uma nova política para os Centros de Testagem e Aconselhamento, consolidando-os como um serviço de caráter essencialmente preventivo, criando novas estratégias de aconselhamento em HIV/aids.

Título: Manual do Multiplicador - Adolescente (reimpressão)

Público-alvo: Educadores e multiplicadores adolescentes

Tiragem: 5.000

Sinopse: Proporciona as ferramentas metodológicas básicas para o desenvolvimento de um programa de capacitação de monitores adolescentes em atividades educativas de prevenção às DST/aids.

Título: Manual: Testes de Sensibilidade à Penicilina (reimpressão)

Público-alvo: Profissionais de Saúde

Tiragem: 10.000

Sinopse: Manual elaborado com o objetivo de retomar e revisar o tratamento da sífilis, em todos os seus estágios, alertando para a necessidade de diagnosticar adequadamente se o paciente tem alergia à penicilina e suas possíveis reações.

Título: Os Jovens na Mídia - O desafio da aids

Público-alvo: Profissionais de mídia jovem e educadores

Tiragem: 3.000

Sinopse: Objetiva dar ferramentas aos jornalistas e profissionais de mídia jovem em geral para aprofundar a discussão sobre o tratamento editorial das questões relacionadas à prevenção das DST, HIV/aids.

Título: Programa Brasileiro de DST e Aids

Público-alvo: População geral nacional e internacional

Tiragem: 3.000

Sinopse: Oferece subsídios ao debate internacional sobre princípios e estratégias de ação mais efetivos em resposta às atuais tendências de progressão e difusão da pandemia da aids.

Título: Treinamento para o Manejo de Casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis - Guia do facilitador

Público-alvo: Profissionais de Saúde

Tiragem: 500

Sinopse: Garantia de que os profissionais de saúde sejam capazes de conhecer as opções terapêuticas das DST e adequar os conhecimentos adquiridos à sua realidade. É prático guia para os facilitadores, trazendo informações sobre materiais de uso complementar aos treinamentos.

Título: Treinamento para o Manejo de Casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis - Módulos 1,2 e 3

Público-alvo: Profissionais de Saúde

Tiragem: 3.000

Sinopse: Garantia de que os profissionais de saúde sejam capazes de conhecer as opções terapêuticas das DST e adequar os conhecimentos adquiridos à sua realidade.

Título: Sexualidade, Prevenção das DST/ aids e Uso Indevido de Drogas - Diretrizes para o Trabalho com Crianças e Adolescentes

Público-alvo: Educadores e população geral

Tiragem: 2.000

Sinopse: Conclusões do "Seminário para Elaboração de Diretrizes e Ações em Sexualidade, Prevenção das DST/aids e do Uso Indevido de Drogas para Crianças e Adolescentes, no período de 1999 a 2002", em que foi discutido, entre outros temas, a gravidez na adolescência.

Título: Anais do Seminário de Cooperação Internacional Brasil/França: profissionais de saúde frente ao manejo da infecção pelo HIV: aspectos psicossociais e técnicos.

Público-alvo: Profissionais de saúde e população geral

Tiragem: 100

Sinopse: Aborda os problemas que os profissionais de saúde enfrentam com pessoas portadoras do HIV e a maneira de como devem resolvê-los.

Título: Controle de Infecções e a Prática Odontológica em Tempos de Aids - Manual de Condutas

Público-alvo: Profissionais de odontologia

Tiragem: 200.000

Sinopse: Aborda questões de biossegurança afeitas ao exercício profissional com prioridade na proteção da saúde do cirugião-dentista, sua equipe e seus pacientes, soropositivos ou não.

Título: Prevenir é Sempre Melhor/99

Público-alvo: Educadores e multiplicadores

Tiragem: 7.000

Sinopse: Material instrucional e pedagógico que atende às necessidades de educadores de crianças e adolescentes nas estratégias de sensibilização, educação e prevenção frente às DST, HIV/aids.

MÍDIA ESPONTÂNEA: ASSESSORIA DE IMPRENSA

O PROGRAMA BRASILEIRO DE AIDS NA IMPRENSA NACIONAL

O Programa Brasileiro de Aids está constantemente presente na mídia brasileira. É veiculada uma média de 100 reportagens mensais nos telejornais das principais emissoras brasileiras de televisão, é realizado um programa diário de rádio (transmitido para 92 estações) e são publicadas, pelo menos, 50 matérias em jornais da capital e do interior do País mensalmente.

Em 1999 três importantes assuntos tiveram grande repercussão na mídia:

- Campanha de Carnaval "Viver sem AIDS só depende de você";
- O fato da UNAIDS ter decidido lançar no Brasil a Campanha Mundial de Luta Contra a Aids; e
- A parceria estabelecida entre o Programa Brasileiro de Aids e a Igreja Católica.

Na primeira quinzena de fevereiro, foi lançado o filme para TV da Campanha de Carnaval de 1999, com a atriz Regina Casé. Esta foi a primeira campanha de carnaval que não gerou polêmica e foi completamente aceita pela opinião pública, inclusive pela Igreja. Esta campanha teve grande repercussão na mídia.

No dia 24 de fevereiro deste ano, o Brasil foi pauta, pela primeira vez, da imprensa internacional. Foram mencionadas e reconhecidas as ações políticas do Ministério da Saúde no controle das DST e HIV/AIDS nesta matéria. A decisão da UNAIDS em lançar, no Palácio do Planalto (sede do Governo Brasileiro), a Campanha Mundial de Luta Contra a Aids também foi mencionada. Esta decisão foi justificada baseada nos bons resultados do Programa Brasileiro de DST e HIV/Aids. Neste momento, houve significativa cobertura jornalística nos seguintes veículos: Le Monde, Reuters, EFE e France Press; agências de notícias brasileiras; informativos voltados para o público jovem (como os Cadernos Teens de jornais). A repercussão desta matéria foi maior em meios de informação internacionais do que nos nacionais. Isso possivelmente devido ao momento de instabilidade que o Brasil vivia na época, onde notícias positivas - como era o caso - eram vistas com desconfiança ou ceticismo.

Em agosto de 1999, outro tema chamou a atenção da imprensa: a parceria estabelecida entre o Programa Brasileiro de Aids e a Igreja Católica. Esta cooperação realizou-se através da Pastoral de Saúde da Igreja Católica, a qual criou uma comissão de Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis coordenada por uma pessoa soropositiva. Com essa parceria firmada, foram fomentadas discussões sobre o papel da Igreja face à epidemia, principalmente no âmbito da assistência às pessoas vivendo com HIV/aids. Algumas paróquias que já realizavam trabalhos de prevenção ao HIV/aids lograram obter uma maior visibilidade, abordando, inclusive, o uso do preservativo masculino. No ano de 2000, foi retomado pela mídia outro debate envolvendo a Igreja Católica, porém dando destaque ao posicionamento contrário desta ao programa nacional de distribuição de preservativos.

Em 2000, a Assessoria de Imprensa da CN-DST/AIDS trabalhou com três assuntos principais:

1- A Campanha de Carnaval de fevereiro/2000, na qual foi escolhida uma mulher negra para alertar sobre o crescimento da epidemia entre a população feminina. Este fato gerou bastante polêmica e controvérsia, havendo inclusive uma ONG do Estado de São Paulo que alegou ser esta uma campanha preconceituosa. Em resposta, o Ministério da Saúde esclareceu que esta mulher estava representando o perfil atual da epidemia, não pelo fato de ser negra, mas por ser uma mulher comum e por subestimar e/ou desconhecer o seu risco real de infectar-se;

2- Em junho/2000, em um congresso de bispos da Igreja Católica no Rio de Janeiro, foi questionada, novamente, a política de prevenção do Ministério da Saúde baseada no uso do preservativo. Em resposta a tais declarações, a Coordenação Nacional de DST e Aids travou embate com setores mais conservadores da Igreja por meio da imprensa. Este fato trouxe grande repercussão a esta questão e a imprensa, de uma forma geral, posicionou-se a favor da CN-DST/AIDS. Em outro momento, o Ministério posicionou-se (em nota oficial) a favor de um padre de São Paulo, ameaçado de expulsão da Igreja Católica por defender o uso da camisinha.

3- Em dezembro/2000, a campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids deu grande visibilidade a problemas relacionados a cortes de verbas no orçamento da CN-DST/AIDS. A Coordenação ameaçou não veicular esta campanha, em um momento em que a escassez de recursos podia comprometer a oferta de medicamentos anti-retrovirais. Os eventos alusivos à data foram transferidos para Fortaleza/Ceará. O fato foi noticiado amplamente pela imprensa nacional.

Em 2001, no mesmo momento em que se realizava a Campanha de Carnaval, outro fato teve maior repercussão na mídia. Enquanto a mídia do interior do País voltava sua atenção à campanha em si, as principais revistas e os grandes jornais nacionais deram enfoque à luta internacional que o Programa Brasileiro de Aids travava pela redução de preços dos medicamentos no âmbito da OMC - Organização Mundial do Comércio (World Trade Organization). Os meses de fevereiro e março foram destinados ao atendimento, por parte da Assessoria de Imprensa da CN-DST/Aids, de entrevistas quase exclusivamente relacionadas a este tema. Foram feitas 108 solicitações de conferências e todas foram atendidas.

O PROGRAMA BRASILEIRO DE AIDS NA IMPRENSA MUNDIAL

A internacionalização do Programa Brasileiro de Aids começou em 1999, quando a UNAIDS escolheu o Brasil para lançamento da Campanha do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS e reconheceu que os esforços do programa vinham dando bons resultados.

Em 2000, o Brasil chamou a atenção da mídia internacional pela defesa intransigente da distribuição universal e gratuita dos remédios anti-retrovirais nos países em desenvolvimento. Tal fato iniciou-se em Durban, na África do Sul, durante a realização da Conferência Mundial de Aids, em julho, no qual o Ministério da Saúde ofereceu transferir tecnologia para a produção de medicamentos anti-retrovirais aos países em desenvolvimento. Nessa ocasião, o jornal Washington Post anunciou que o Brasil queria exportar genéricos e similares para o tratamento do HIV/Aids.

Em setembro daquele ano, o Brasil foi sede da primeira Conferência Latino-Americana de DST e Aids e agências internacionais como Reuters, France Press, Association Press, jornais mexicanos, argentinos, cubanos e paraguaios, revistas como Time, Newsweek e jornais como o Washington Post e Herald Tribune, entre outros, publicaram matérias sobre esta posição brasileira.

Através desta maior visibilidade, ficou claro que o Brasil não queria vender genéricos ou similares para o tratamento do HIV/Aids visando ao lucro, mas, fundamentalmente, ajudar outros países em desenvolvimento a fabricar seus próprios remédios, a fim de que estes pudessem se opor aos preços cobrados por laboratórios estrangeiros. O Brasil denunciou, também, a cobrança diferenciada de preços e defendeu a criação de um banco internacional de dados sobre medicamentos. Este banco possibilitaria negociações para importação de remédios mais justas para nações em desenvolvimento.

Em dezembro de 2000, na reunião da junta de governo da UNAIDS, no Rio de Janeiro, o Brasil começou a receber pedidos para que vendesse medicamentos genéricos a países africanos e sul-americanos, fazendo com que os laboratórios estrangeiros se sentissem pressionados.

Em janeiro de 2001, o governo americano solicitou à Organização Mundial do Comércio - OMC - um painel (panel) para analisar um artigo da lei brasileira de patentes que permite a licença compulsória de um produto, este não venha a ser produzido no País após 3 anos de concessão da patente ou por abuso do poder econômico. O Ministério da Saúde entendeu que havia um forte lobby por parte da indústria farmacêutica para impedir a fabricação de genéricos e denunciou o fato às Organizações da Sociedade Civil, de todo o mundo, que trabalham na luta contra a aids. A imprensa internacional dedicou páginas inteiras sobre o assunto e a notícia tornou-se foco interesse da mídia global.

Emissoras de TV e rádios da Austrália, Nova Zelândia, Alemanha, África do Sul, Noruega, Dinamarca e Japão também se interessaram pelo tema, os principais jornais e revistas dos Estados Unidos destinaram matérias importantes sobre o Programa Brasileiro de DST e Aids. Em tais matérias foram destacadas principalmente: a queda no número de óbitos por AIDS, com a distribuição gratuita de medicamentos, e a redução de preços provocada pela fabricação de genéricos.

No final do mês de fevereiro - durante a realização da primeira reunião preparatória para a assembléia geral da ONU sobre aids - que acontecerá em junho de 2001, o Programa Brasileiro de DST e Aids foi elogiado pelo secretário-geral, Koffi Anan, que destacou o Brasil como uma liderança mundial quanto à definição de uma política única de assistência e tratamento às pessoas vivendo com HIV/aids.

Esta discussão internacional com relevante papel brasileiro levou o laboratório Merck a baixar os preços dos anti-retrovirais para a África e a oferecer melhores condições de pagamento para o Brasil. A conquista de atenção e o apoio da mídia internacional para a proposta brasileira representaram um dos principais trabalhos da Assessoria de Imprensa nestes últimos 18 meses. Como resultados podem ser citados:

- Mais de 50 reportagens em órgãos estrangeiros;
- 294 pedidos de entrevistas atendidos entre 2000/2001;
- Mídia espontânea; e
- Matérias publicadas em jornais que não entraram em contato direto com a Assessoria de Imprensa da Coordenação Nacional.

PROMOÇÃO DE PRÁTICAS SEGURAS POR MEIO DE EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO ENTRE POPULAÇÕES ESPECÍFICAS E OUTROS GRUPOS VULNERÁVEIS

INTRODUÇÃO

As políticas públicas visando à promoção de saúde têm como eixos:

a) delinear ações que favoreçam a adoção de comportamentos mais seguros quanto aos principais riscos para a saúde;
b) diversificar/ampliar a oferta dos serviços de assistência e prevenção. Os meios para a implantação e sustentação dessa política incluem: ações que promovam a participação e um maior controle social por parte da sociedade civil; a participação da comunidade nas instâncias executoras, legislativas e jurídicas; e a mobilização da opinião pública e disponibilização de insumos.

As políticas públicas de saúde dirigidas ao controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e aids se dirigem prioritariamente a grupos e populações particularmente expostos a este conjunto de afecções e problemas correlatos (como a tuberculose e a gravidez indesejada).

A despeito de ser o indivíduo singular o objetivo último das intervenções visando à mudança comportamental, todo evento no âmbito da transmissão das doenças infecciosas é por definição multipessoal, além de balizado por diferentes variáveis estruturais e contextuais, que vão da formação de parcerias à estrutura das famílias e grupos, além de fatores de cunho propriamente macrossocial, como as influências sobre os comportamentos, atitudes e práticas dos padrões culturais e configurações políticas.

Definir e implementar políticas públicas de saúde para a promoção de mudanças comportamentais que se mantenham, ao menos em parte, ao longo do tempo, requer:a) Mudanças individuais de comportamento (vinculadas a estratégias globais de redução de riscos entre indivíduos e grupos de pares);

b) Mudanças de crenças e normas sociais;
c) Ações de informação e prevenção destinadas à população em geral visando à participação comunitária e;
d) Diversificação e ampliação da oferta de serviços de prevenção, diagnóstico e asssistência, bem como de insumos, resgatando o papel propositivo dos beneficiários dessas ações.

Para tal fim, cumpre se pautar pelas diretrizes e princípios éticos que se seguem:

a) direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids (atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação, garantia dos direitos individuais e sociais);
b) acesso pleno à rede de saúde (aconselhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids e/ou DST);
c) descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde referentes à prevenção, promoção e educação em saúde.

Em suma, políticas públicas democráticas devem compreender: desenvolvimento sustentável, melhoria de qualidade de vida, direito de cidadania, participação e controle social.

As políticas de prevenção às DST e aids no Brasil, têm logrado êxito em diferentes populações, tais como homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e usuários de drogas. Tal êxito relativo de forma alguma pode se traduzir em descontinuidade das ações já implementadas, devendo, inclusive, na maioria dos casos, compreender uma intensificação das ações preventivas, dada a dinâmica mutável da epidemia e as dificuldades envolvidas no seu adequado monitoramento e prospecção de tendências.

PROFISSIONAIS DO SEXO

Quadro Demonstrativo dos Principais Produtos por Populações
A - Grupos populacionais de risco acrescido - Profissionais do sexo (PS)

Produto	Período: 1999	Cobertura	Período: 2000	Cobertura	Período: Jan/Mar de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001
Projetos de prevenção de DST/Aids e Uso Indevido de Drogas para Profissionais do Sexo , Travestis e Michês implantados	Apoio a 25 projetos	60.179 Profissionais do Sexo Perfil: AC -1, RO -1, PA -2, MS -1, GO -1, DF -2, MA -1, CE -2, PB -1, SE -1, BA -1, MG -2, RJ -3, SP -1, PR -1, SC -1, RS -3	***Apoio a 54 projetos:*** 32 PS 9 Travestis 2 Michês 19 projetos aprovados em concorrência descentralizada	110.671 Profissionais do Sexo	Análise de 6 projetos: 4 de continuidade e 2 estratégicos Acompanhamento da etapa final do inquérito sorológico da Pesquisa de Efetividade Tramitação dos projetos de concorrência de ONG	170. 671 pessoas direta e indireta/e ***3.000 mulheres PS*** 9.603 PS total = 183.274 Profissionais do Sexo
Profissionais do Sexo tendo adotado práticas de sexo seguras como prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas	Definição dos critérios de fornecimento de preservativos femininos a 18 instituições que trabalham com Profissionais do Sexo		Apoio a 17 projetos	2.700 PS 244.800 preservativos (32.400/mês) femininos distribuídos para 17 projetos (com início em maio) 1.365.720 preservativos masculinos distribuídos	Acompanhamento de 2 Oficinas sobre uso de preservativo feminino para Profissionais do Sexo	4.650 PS 666.600 preservativos femininos distribuídos para 31 projetos
Fortalecimento de instituições (ONG e OGP) para o desenvolvimento de ações de prevenção dirigidas a Profissionais do Sexo, Travestis e Michês	1 Seminário Nacional sobre Prostituição, Saúde, Família e Segurança 1 Oficina de Capacitação para Agentes Multiplicadores	200 Profissionais do Sexo 24 Profissionais do Sexo capacitados	1 Encontro Nacional de Travestis e Liberados 3 Encontros realizados de Profissionais do Sexo	180 Travestis 700 Profissionais do Sexo		
Profissionais do Sexo informados sobre a prevenção as DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas	Elaboração e produção de materiais de IEC no âmbito dos projetos de intervenção				Encaminhamentos para: reedição de cartilha para Profissionais do Sexo e definição de folder para Travestis	20.000 exemplares 30.000 exemplares

Obs.: A partir de junho de 2001 serão definidas projeções da cobertura (com base populacional efetiva estimada) das ações desenvolvidas junto a esta população, a partir de pesquisa abrangente de avaliação, ora em curso.

O Contexto Atual

Diversas ações vêm sendo desenvolvidas junto a esta população, por parte de instituições públicas e privadas e grupos de defesa dos direitos humanos. Se, por um lado, essa multiplicidade de ações demonstra a vitalidade das iniciativas desenvolvidas, coloca para os profissionais envolvidos com o planejamento, coordenação e avaliação das ações preventivas, o desafio de compendiá-las e avaliá-las de forma sistemática. Encontra-se em fase final uma pesquisa sobre a efetividade das ações de prevenção dirigidas às Profissionais do Sexo em três Regiões brasileiras, a qual propiciará uma visão mais precisa e abrangente da situação atual dessta população.

Constata-se ter havido, em anos recentes, ampliação do apoio por parte da CN-DST/Aids à execução de projetos dirigidos a esta população (atualmente 43), tendo sido superada a meta estabelecida para o ano de 2000 (de 36 projetos). As ações visando à prevenção das DST e HIV/aids vêm sendo priorizadas no conjunto de ações desenvolvidas pelas ONGs que trabalham com profissionais do sexo.

A atuação governamental vem sendo estimulada a partir de reuniões técnicas com estados e municípios e discussões no âmbito do grupo gestor. Verificou-se que 61 Coordenações municipais e 12 Coordenações estaduais incluíram no POA/2000 ações dirigidas a profissionais do sexo, de ambos os sexos - o que confirma o envolvimento do setor público em estratégias voltadas para essa população. Estas iniciativas, porém, ainda estão aquém da necessidade, visto que existem 165 municípios conveniados. As informações disponíveis demonstram ser esta população extremamente jovem, com poder aquisitivo e nível de escolaridade baixos, sendo freqüente o consumo de drogas, lícitas e ilícitas.

O consumo de drogas se inter-relaciona com as práticas dos profissionais do sexo de forma complexa. Por um lado, o consumo de álcool e drogas ilícitas funcionaria como um "amortecedor" das preocupações constantes de um cotidiano árduo e, freqüentemente, violento, por outro, este consumo inúmeras vezes ganha um caráter "aditivo" e com dinâmica própria, fazendo com que a/o profissional do sexo trabalhe, ao menos em parte, para financiar o hábito de consumir álcool e/ou drogas.

Um outro aspecto da questão é a prática do sexo comercial por parte de usuários de drogas sem experiência prévia de sexo comercial, enquanto uma estratégia, entre outras (como participação no tráfico, pequenos furtos etc.), de financiamento dos seus hábitos de consumo. As relações entre estes diferentes grupos e subgrupos, com práticas e atitudes diferenciadas, não são de modo algum simples ou, na maioria das vezes, harmônicas.

Diferentes estudos (quantitativos e qualitativos) informam sobre o consumo de drogas nesta população (BOX 1).

BOX 1

"Mulheres da Luz" , um estudo etnográfico em São Paulo, por Selma Lima da Silva

"...O que se observa é que com o uso do crack a faixa etária de ingresso na prostituição diminuiu de 15 e 16 anos para 10 e 11 anos..."

"... a relação prostituição e drogas não se constitui em fenômeno recente, porém, com o advento do crack, ocorreu uma deterioração da qualidade de vida das mulheres que se tornaram consumidoras desta droga..."

"...as informações de campanhas de prevenção ou através de profissionais de saúde circulam de forma correta, muito embora, não se mostrem suficientes para a incorporação de hábitos preventivos..."

"...o uso do preservativo é facultativo, pois se [a trabalhadora do sexo] arruma um marido ou se o cliente for antigo deixam de usar... Se o uso do crack leva ao freqüente descuido no uso do preservativo aumentando a vulnerabilidade para as DST/Aids, cabe ressaltar que esta é uma prática que também ocorre no grupo de mulheres não usuárias..."

"The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil", por Szwarcwald e colaboradores. The International Journal of Drug Policy 9:427-436.

Seiscentas e noventa e sete trabalhadoras do sexo foram entrevistadas e testadas (para a infecção pelo HIV e outras DST), em Santos, SP. Nas análises univariadas, o 'uso de drogas injetáveis' e o 'uso de crack no mês anterior' se mostraram fortemente associados à infecção pelo HIV. A análise multivariada destacou como variável com maior capacidade preditora da infecção pelo HIV o uso de crack, sendo os demais fatores de risco: o [baixo] 'nível de escolaridade'; 'a prática de sexo anal com clientes'; 'o uso de drogas injetáveis'; 'a idade [precoce] da primeira relação sexual' e 'a idade' [mais jovem].

Análises adicionais mostraram que as usuárias de crack tendem a usar mais freqüentemente outras drogas ilícitas simultaneamente, a concordar mais freqüentemente em ter sexo desprotegido e a auferir ganhos significantemente menores por encontros sexuais, se comparadas às trabalhadoras que não são usuárias de crack.

Em relação ao uso de preservativos, os diversos estudos desenvolvidos em diferentes regiões do País apontam, de forma bastante consistente, para um uso assistemático dos condons com clientes e um uso especialmente infreqüente, e preocupante, com parceiros estáveis (marido, namorado, amigo).

Diferentes estudos, como o de Lurie e colaboradores (AIDS 1995 9(suppl. 1):S31-37), mostram que os níveis de utilização sistemática de preservativos são substancialmente distintos nos diferentes estratos sociais (BOX 2).

BOX 2

O estudo de Lurie et al. entrevistou e testou (para diferentes DST) 600 trabalhadoras do sexo: 100 de status socioeconômico mais elevado e 100 de status socioeconômico mais baixo de cada uma de três cidades de São Paulo (São Paulo, Campinas e Santos).

Comparadas com as de status sócio-econômico mais elevado, as trabalhadoras do sexo com status sócio-econômico mais baixo trabalharam mais horas por dia e referiram ter tido um maior número de clientes por dia. De um modo geral, 23% das mulheres disseram temer violências se insistissem com os clientes em usar preservativos e 74% relataram medos similares em relação a seus parceiros sexuais não-clientes.

As mulheres com status socioeconômico mais baixo estavam mais freqüentemente infectadas pelo HIV-1 do que aquelas com status socioeconômico mais elevado (17 versus 4%), sendo o mesmo observado para a sífilis (66 vs. 24%) e a hepatite B (52 vs.26%).

Mobilização social

Observa-se um maior número de projetos nas regiões Nordeste (34%) e Sudeste (25%), regiões onde se supõe existir uma maior concentração de associações de classe e/ou ONG que trabalham com profissionais do sexo.

Uma das ações a serem priorizadas é o fomento à organização dos profissionais do sexo, para que possam desenvolver ações em defesa dos seus direitos e promoção da cidadania, além de fortalecer o trabalho de prevenção às DST e ao HIV/aids, além de outras afecções prevalentes neste grupo (como problemas tocoginecológicos). A participação das ONG também vem se mostrando fundamental na interlocução com o conjunto dos movimentos sociais e as instituições públicas.

Acesso a serviços de saúde

Observa-se que, de um modo geral, os serviços de saúde não estão suficientemente preparados para oferecer atendimento integral aos profissionais do sexo, com um perfil mais favorável nos locais onde há vínculos mais estreitos com projetos de intervenção. O estudo de Peterson & Szterenfeld (Public Health 1992 106:217-223), mostrou que apenas 16% das trabalhadoras do sexo, atuantes no Rio de Janeiro, freqüentavam serviços públicos de saúde.

Estudos posteriores mostram um incremento substancial desses percentuais, ainda que persista a desconfiança mútua entre profissionais do sexo e serviços de saúde.

SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS JUNTO A ESTA POPULAÇÃO

Disponibilização do preservativo feminino

A boa receptividade ao preservativo feminino e a sua utilização consistente têm sido verificadas nessa população. Com o preservativo feminino, as profissionais do sexo passam a dispor de um recurso adicional, especialmente útil face às dificuldades de negociação com clientes resistentes à utilização do preservativo masculino, propiciando maior autonomia, no exercício da profissão de forma mais segura. Há relatos de situações onde a mulher utiliza o preservativo feminino, dispensando a argumentação e consentimento do parceiro. Vantagens adicionais referidas pelas profissionais do sexo quanto à utilização dos preservativos femininos (em relação aos preservativos masculinos) dizem respeito, também, ao seu emprego com clientes com problemas de ereção e nos períodos de menstruação.

A sensibilização ao uso sistemático dos preservativos femininos vem sendo desenvolvida por meio de oficinas, integrando nessas diferentes populações, resultando em um intercâmbio de experiências e um melhor conhecimento das especificidades de cada população, com otimização das ações de campo.

Promoção de ações de redução de danos secundários ao uso indevido de drogas

Ações ligadas à redução de danos secundários ao uso de drogas injetáveis têm sido estimuladas junto aos projetos e implementadas à medida que estes mesmos identificam com mais clareza o consumo de drogas injetáveis entre a população atingida e se encorajam a incluir atividades de trocas de seringas/ agulhas no trabalho de intervenção comportamental, a exemplo de projeto de uma ONG do Rio de Janeiro.

Há relatos de trabalhos pontuais, incluindo demandas específicas de determinados subgrupos dentre os trabalhadores do sexo, como no uso de silicone e hormônios injetáveis por parte de alguns travestis.

Ampliação das ações de prevenção com profissionais do sexo nos estados e municípios e articulação com ONG

Observa-se o crescimento de ações nos estados e municípios, voltadas a esta população. Existe uma necessidade de implementar ações junto a michês, bem como a continuidade de ações dirigidas às profissionais do sexo, dada a disparidade entre a cobertura atual das ações e a magnitude (estimada) desta população e a gravidade da epidemia em alguns de seus segmentos, como travestis e/ou profissionais do sexo de status sócioeconômico mais baixo.

Tabela 1 - Gastos dos OGP* (em R$), nos anos de 1999, 2000 e 2001

Gastos dos OGP	1999	2000	% 2000/1999?	2001	% 2001/ 2000 ?
Profissionais masculinos do sexo	52.843,50	108.247,15	104,84%	79.170,00	26,86%
Profissionais femininos do sexo	237.821,39	676.219,63	184,34%	854.836,44	26,41%

** OGP - Órgãos Gestores do Programa*

Incremento de investimentos, de um determinado ano, com relação a ano-base anterior

Importantes investimentos técnicos e financeiros estão sendo destinados ao incremento de ações em determinados municípios, com papel central na dinâmica regional da epidemia, visando à ampliação da abrangência.

Será desenvolvido, ainda, um estudo dirigido a homens que fazem sexo com homens, freqüentadores de saunas, ampliando o acesso aos profissionais do sexo masculino e, em conseqüência, ampliando a vinculação destes homens às ONG e OG de referência para a implementação de ações de prevenção.

Principais Dificuldades e Avanços

1. Ampliação do números de projetos destinados à população de profissionais do sexo e conseqüente aumento da cobertura das ações. Houve avanços na realização da "Pesquisa de Efetividade das Ações de Prevenção", em três regiões brasileiras, no momento em curso, que subsidiará um melhor conhecimento da população e estratégias culturalmente apropriadas e permitirá a (re)definição de prioridades.

2. Carência de dados sobre o tema específico do uso de drogas entre profissionais do sexo.

   - Ampliação das discussões Drogas x Prostituição -> Vulnerabilidade; para uma melhor compreensão da realidade e das estratégias de redução de danos como parte das iniciativas de prevenção entre PS, michês e travestis.
   - Foram realizadas reuniões com lideranças de travestis com o debate acerca dos riscos de infecção na prática de injeção de silicone e das estratégias específicas de prevenção apropriadas para este segmento populacional.

Tais dificuldades vêm sendo revertidas através de iniciativas como a integração plena de ações de redução de danos secundários ao uso de drogas dirigidas a profissionais do sexo.

Outra iniciativa foi a integração de projetos dirigidos a profissionais do sexo e a usuários de drogas no que diz respeito às oficinas de sensibilização quanto ao uso de preservativos femininos.

3. Ampliação do apoio governamental para o desenvolvimento de projetos e ações de intervenção comportamental dirigidas a profissionais do sexo.

   As coordenações estaduais e municipais têm falta de recursos humanos especializados para o manejo de populações sob risco acrescido, ou ainda, a indisponibilidade de trabalho em horário noturno dos seus quadros. Modificar uma cultura institucional e o modelo assistencial não constitui tarefa fácil, porém tem sido possível incrementar esta participação com o estímulo a uma maior integração com as ONG e com o conjunto de ações de prevenção no âmbito dos POA locais.

Sustentabilidade

Atual - Os executores dos projetos de intervenção dirigidos aos profissionais do sexo são, em sua grande maioria, ONG (41 dos 44 projetos apoiados).

No ano de 2000, procedeu-se à descentralização das concorrências públicas no âmbito dos projetos de ONG, tendo sido aprovados 19 projetos referentes a esta população. Com isto, haverá um envolvimento maior por parte dos estados, pois os mesmos serão também responsáveis pelo monitoramento dessas ações.

Quanto aos projetos estratégicos e de continuidade, novos critérios de aprovação foram estabelecidos, incluindo a ampliação na contrapartida institucional das ONG, a maior participação das coordenações estaduais e municipais e metodologias inovadoras.

Aponta-se ainda a necessidade de reformular os processos de supervisão, que deverá ser implementada de forma descentralizada, porém integrada, capacitando as coordenações regionais a formular de modo balanceado os POA, com prioridade para as populações de risco acrescido, obedecendo ainda a critérios de sustentabilidade.

Integração com o SUS - Os relatos de coordenadores de projetos, profissionais de saúde sob supervisão e reuniões técnicas revelam que os profissionais do sexo são freqüentemente discriminados quando demandam os serviços do SUS. Observa-se um melhor acolhimento e um manejo mais adequado das especificidades destas populações onde existem projetos específicos em curso, pois estes projetos incluem no seu trabalho uma sensibilização dos profissionais dos serviços de saúde.

Sugestões

- Capacitar e repassar tecnologia a instituições para trabalharem com profissionais do sexo em locais onde há maior concentração destes/ quadro epidêmico mais grave ou potencialmente mais grave, aumentando a cobertura dos projetos;
- Preparar os serviços do SUS para ampliar e melhorar o acolhimento de profissionais do sexo;
- Produzir materiais institucionais específicos para esta população;
- Apoiar iniciativas de estudos e pesquisas nesta população no contexto das DST/HIV/aids.

USUÁRIOS DE DROGAS (DE UM MODO GERAL) E USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS

Estimativa Populacional

São ainda raros os estudos de estimação do número de usuários de drogas a partir de técnicas estatísticas consagradas para este fim, como as técnicas de captura-recaptura e a utilização de modelos log-lineares. A bibliografia brasileira conta com um único trabalho publicado, referente a Porto Alegre, RS.

Por ora, estima-se, a partir de dados disponibilizados por outras pesquisas, como a desenvolvida junto aos "Conscritos do Exército" e a "Pesquisa sobre Comportamento Sexual", desenvolvida pelo CEBRAP, que existam cerca de 800.000 usuários de drogas injetáveis (UDI) no País, com utilização desta via de consumo ao menos uma vez nos últimos 12 meses.

CASOS DE AIDS

Porcentagem de casos de aids pertencentes a esta categoria = 36.218 (dados preliminares até 02/09/2000), equivalentes a 18,5% do total.

Quadro 1 - Porcentagem de casos de AIDS pertencentes a esta categoria = 36.218 (dados preliminares até 02/09/2000), equivalentes a 18,5% do total

Produto	Período: 1999	Cobertura	Período: 2000	Cobertura	Período: Jan/Mar de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001	Principais resultados sobre HIV e DST
Capacitação de profissionais como agentes multiplicadores	25 projetos aprovados no segundo semestre (22 novos e 3 de continuidade).	Capacitação de 38.150 pessoas	30 projetos Monitoramento de 25 projetos e 05 novos projetos assinados	Acréscimo em 1.254 profissionais capacitadas 39.404 Profissionais Capacitados	Produto revisto, e ações incorporadas por estados, municípios e universidades Monitoramento dos 30 projetos	Manutenção da população estimada por ações diretas da CN	Prevalência AIDS/HIV X 100.000 (Taxa) n= 267 (52%) 5 sítios com variações de 20% a 78% Pesquisa Ajude Brasil I UFMG, 1998
Acesso a UDI por meio de ações de Redução de Danos	22 projetos de RD apoiados	11.245 UDI acessados 14.246 UD acessados 51 agentes atuando como redutores de danos 300.000 seringas e agulhas trocadas/distribuídas	49 projetos de RD PERFIL: Monitoramento e continuidade dos 22 projetos de 1999 Aprovação de 19 novos projetos (02 MG, 01 BA, 01 RS, 04 RJ, 04 SP, 03 SC, 04 PR,) Elaboração de 08 propostas de redução de danos em presídios:	31.450 UD/UDI acessados Custo médio por UDI/Ano em Julho/2000: U$ 29	78 projetos/propostas em andamento PERFIL: 41 PRD/intervenção em 2000 06 propostas aprovadas em 2001 09 PRD/presídios em implantação 04 CTA iniciando ações de RD: 18 projetos aprovados em concorrência descentralizada (estimativa em 2.625 UD/UDI).	Estima-se um aumento de 10% na cobertura prevista no ano 2000 = 34.595 UDI acessados no ano 2001 Estimativa de áreas de abrangência = 240	Prevalência de Outras DST: HTLV I/II (13%) 5 sítios com variações de 2,6 a 27% Pesquisa Ajude Brasil I UFMG, 1998

Continua

	Áreas de abrangência = 128		Áreas de abrangência = 165				
Acesso a UD/UDI por ações diretas de Estados e Municípios	28 OGP com previsão orçamentária dirigida a UD/UDI	Sem estimativa	36 OGP com previsão para UDI 11 OGP com previsão para UD	Sem estimativa	38 OGP com previsão para UDI 02 OGP com previsão para UD	Sem estimativa	
Implementação de ações de tratamento da dependência química	33 projetos aprovados – maioria integrados ao SUS 24 novos + 9 de continuidade Estados de MT, SC, SP, PR, ES, AC, MG, PA, RJ	17.330 UD acessados	26 projetos Continuidade dos 24 de 1999 e 2 novos projetos	Previsão de 15.170 UD-UDI e 2.588 familiares	Linha de investimento incorporada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.	Meta: implantação de CAPS/NAPS em municípios com mais de 600.000 habitantes para o tratamento de transtornos mentais e dependência química.	
Realização de estudos e pesquisas para geração de linha de base	01 estudo epidemiológico em 05 sítios	Resultados disponíveis em relatório na CN	01 estudo epidemiológico em 06 sítios 03 estudos multicêntricos (Estudo com a OMS) em SP, RJ e BA	1.000 UDI 300 UDI por sítio	Resultados preliminares em relatório disponível na CN Resultados preliminares da BA referenciados no texto abaixo.	Não se aplica	

Situação Atual

O uso compartilhado de equipamentos utilizados na auto-administração de drogas injetáveis - com o predomínio absoluto da cocaína injetável - é, direta ou indiretamente, responsável por cerca de 25% do total de casos de aids notificados até o momento. Além da infecção pelo HIV, as demais doenças de transmissão sangüínea são bastante prevalentes entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) brasileiros, com taxas elevadas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais, além de infecções particularmente comuns em determinadas regiões brasileiras, como a infecção pelo HTLVI/II, endêmica na Bahia, região nordeste do Brasil e mesmo surtos de malária transmitida por equipamentos de injeção.

Além da magnitude em si destas taxas de infecção, este fato representa um risco acrescido para infecções transmissíveis através do ato sexual desprotegido e, eventualmente, transmissíveis também verticalmente durante a gravidez/parto. Estudos empíricos vêm demonstrando que a maioria desses UDI é sexualmente ativa e que a freqüência de uso sistemático de preservativos nesta população é extremamente baixa. Estas questões incidem no perfil epidemiológico, quando constatamos que 38,2% das mulheres com aids contraíram o vírus compartilhando seringas ou através de parceria sexual com UDI, e 36% dos casos de aids pediátrica apontam um dos progenitores com UDI.

Os casos de aids entre UDI no Brasil obedecem, diferentemente do que ocorre com os casos incluídos nas demais categorias de exposição, um padrão geopolítico bastante definido, que não coincide com a tradicional concentração de casos de aids no conjunto das regiões metropolitanas, nas diferentes regiões. A ampla maioria dos casos de aids entre UDI vem sendo registrada nas regiões sudeste e sul, e porção sul da região Centro-Oeste, afetando expressivamente, nestas regiões, não só áreas metropolitanas como cidades de porte médio.

Ao longo do período compreendido entre a segunda metade da década de 80 e a primeira metade da década de 90, estes casos distribuíam-se preferencialmente ao longo de uma faixa que conecta a porção sul da região Centro-Oeste ao litoral do Estado de São Paulo (estado mais rico e industrializado da federação e que conta com o maior porto da América do Sul, Santos). Este município registrou, durante todo o período mencionado, as mais elevadas taxas de incidência acumulada de aids do

Brasil, com cerca de 50% do total de casos registrados entre os UDI. Esta faixa geográfica coincide, grosso modo, com as principais rotas de trânsito, comércio e exportação da cocaína no Brasil.

A segunda metade da década testemunha duas alterações muito relevantes neste cenário: a vigorosa expansão da epidemia de aids na direção do litoral sul do Brasil e o expressivo aumento no consumo de crack, inicialmente no Município de São Paulo e, posteriormente, em diversas cidades de porte médio de São Paulo, e daí para diversas regiões do País. Na frequência por município de residência, e percentual do total de casos (excluindo-se os ignorados) de subcategoria de exposição UDI, nos 100 municípios com maior número de casos desta subcategoria, 61 são do estado de São Paulo.

A dinâmica da epidemia na região litorânea sul e no extremo sul do País (próximo à região litorânea) vem sendo fortemente influenciada pela difusão do HIV/aids na população de UDI, com diversos municípios registrando mais de 60% do total de novos casos de aids em UDI. Municípios do litoral do Estado de Santa Catarina, como Itajaí, Camboriú e Balneário Camboriú figuram hoje entre os municípios brasileiros com as maiores incidências de aids de um modo geral, com participação central dos UDI nas dinâmicas regionais da epidemia.

Em suma, nos defrontamos no Brasil com um cenário complexo e em permanente mutação referente tanto ao tráfico quanto ao consumo de drogas. Este cenário repercute de forma importante na dinâmica da epidemia do HIV/aids, reclamando diversas alternativas preventivas, aplicáveis a contextos que variam de regiões com um uso incipiente de drogas injetáveis (ainda que de um consumo intenso de drogas ilícitas pelas demais vias) a regiões onde existem epidemias maduras de HIV/aids na população local de UDI (com taxas de infecção pelo HIV por vezes superiores a 60%).

A disseminação do HIV entre os usuários de drogas, seus parceiros sexuais e filhos constitui, sem dúvida, um dos mais sérios danos decorrentes do consumo de determinadas substâncias psicoativas. Portanto, as ações preventivas devem compreender as seguintes iniciativas: desestimular o consumo de drogas; desestimular a transição para vias mais graves e danosas de consumo; oferecer tratamento aos usuários de drogas (e, eventualmente, a seus familiares); evitar, por meio da disponibilização de equipamentos descartáveis de injeção, a infecção pelo HIV e demais patógenos de transmissão sangüínea entre aqueles que não querem, não podem ou não conseguem parar de injetar drogas.

Portanto, qualquer estratégia de prevenção realmente eficaz do HIV/AIDS na população de usuários de drogas e de seus parceiros tem de incorporar não só medidas que reduzam os danos secundários ao consumo como, também, reduzam o próprio contingente de usuários de drogas injetáveis de uma dada comunidade.

As ações de prevenção primária, ainda que previstas no texto da legislação em vigor, vêm sendo implementadas no país de forma fragmentária. Ao longo das últimas décadas, as ações repressivas têm, inegavelmente, concentrado a maior parte dos escassos recursos destinados à política de drogas no país. Além disso, se comparadas às ações repressivas, as estratégias preventivas são bastante menos visíveis e seus resultados só podem ser evidenciados a longo prazo, e utilizando critérios cuja avaliação e mensuração é complexa. Não obstante, constituem a única forma de lidar com o eixo central de qualquer mercado - a demanda.

Alguns trabalhos vêm analisando de forma crítica as ações preventivas desenvolvidas entre nós, criticando, por exemplo, seu caráter amedrontador e a falta de precisão das informações veiculadas e a necessidade de desenvolver formas inovadoras de prevenção que ultrapassem os muros do sistema escolar e atinjam de fato as comunidades pobres e os menores em situação de rua.

Perfil do Uso de Drogas no Brasil

Na pesquisa "Levantamento Sobre o Uso de Drogas com Estudantes de 1º e 2º Grau em 10 Capitais Brasileiras" - realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) -, conclui-se que o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes da rede pública de ensino vem aumentando significativamente, ao longo do período que vai de 1987 a 1997.

Nesta pesquisa, observa-se o alarmante consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes de 10 a 18 anos, estando, em todos os anos pesquisados, acima de 65% o total de alunos que já experimentaram alguma bebida alcoólica. Em 1997, o estudo apontou que 51% dos alunos entre 10 e 12 anos já haviam feito uso de álcool e 30% já haviam se embriagado

com bebidas alcoólicas, sendo que o local relatado mais freqüentemente como o de iniciação foi o ambiente familiar.

O consumo imoderado do álcool está associado a múltiplos danos, tais como: a) cerca de 61% de todos os acidentes de trânsito; b) 70% das mortes violentas; c) quarto lugar no grupo das doenças que mais incapacitam; d) sétimo lugar dentre as maiores causas de óbito, na população acima de 15 anos de idade; e) violência doméstica e comunitária.

Estima-se a existência de 16-20 milhões de brasileiros alcoólicos. Os efeitos do álcool sobre o comportamento sexual e, mais especificamente, sobre a adoção e manutenção de práticas seguras quanto aos riscos de infecção pelas DST/HIV-aids, são complexos, freqüentemente associados a diferentes circunstâncias sociais, traços de personalidade e também ao consumo de outras substâncias, lícitas e ilícitas. A despeito dessas complexas inter-relações, o papel do álcool como facilitador de interações sexuais de risco não deve ser minimizado.

Em relação a outras drogas de consumo, ressalta-se o uso de solventes, maconha, ansiolíticos, anfetaminas e cocaína; sendo que as estudantes (do sexo feminino) relataram um maior consumo de anfetaminas e ansiolíticos. Comparando-se o aumento do consumo destas substâncias ao longo dos quatro levantamentos levados a cabo entre os estudantes, na categoria de uso "seis vezes ou mais no mês", observou-se aumento no consumo de 100% para os ansiolíticos; 150% para as anfetaminas; 325% para a maconha e 700% para a cocaína.

Estudos demográficos apontam para a crescente tendência de redução da faixa etária de início de vida sexual (em torno de 13 anos), refletida em altos índices de gravidez na adolescência, o que coincide com um início igualmente precoce do uso de bebidas alcoólicas. Recente pesquisa realizada na periferia de Caruaru (Pernambuco) confirmou esses dados ao revelar que: 27,6% dos entrevistados tiveram a primeira relação sexual antes dos 13 anos e 80,1% tiveram antes dos 17 anos. Tais índices coincidem com a idade média de início de consumo de bebidas alcoólicas, também extraídos da pesquisa supracitada: 32,2% começaram a beber antes dos 13 anos e 74, 9% antes dos 17 anos.

Pesquisas recentes têm comprovado o quanto o usuário de drogas se expõe a riscos quando se relaciona sexualmente sob efeito de drogas, tais como a realizada no sistema penitenciário do Rio de Janeiro - DESIPE, em 1999. Neste estudo ficou evidenciado que 54% dos entrevistados usuários de drogas se relacionaram sexualmente com pessoas desconhecidas sob efeito de álcool e 45% se relacionaram sexualmente sob efeito de outras drogas.

Ações de Redução de Danos nos Três Níveis de Governo

De um modo geral, as ações de RD no Brasil expandiram-se francamente durante o ano 2000. No período de 1994 a 1998, dos 12 PRD em execução, 08 (67%) eram executados por OG (Organizações Governamentais), 03 (25%) por universidades e 01 (8%) por uma ONG. Já em 2000, dos 78 projetos ou propostas em andamento, 33 (42%) são executados por OG, 42 (54%) por ONG e 03 (4%) por universidades. Finalizamos o ano 2000 com 78 projetos de redução de danos, com o seguinte perfil dos executores: 32 OG (41%), 44 ONG (56 %) e 02 universidades (3%).

Este panorama nos remete a um contexto onde a sociedade civil tem sido participativa e parceira dos estados e municípios, sobretudo em regiões onde, por questões de preconceito ou dificuldades políticas, as propostas de redução de danos necessitam de uma participação bastante ativa da sociedade civil para sua implantação.

De um modo geral, os insumos utilizados por estes programas tais como seringas, agulhas, caixas coletoras, preservativos e outros equipamentos para injeção não estão previstos nos recursos solicitados à CN.

Outro ponto crítico quanto à implantação e sustentabilidade das ações de RD é a remuneração dos agentes de saúde de campo ou redutores de danos, assim como a de consultores para supervisão, pesquisa e avaliação das ações de RD.

A visibilidade das ações de redução de danos por parte da sociedade civil nos meios de comunicação de massa, bem como a divulgação de experiências bem sucedidas pelos gestores que desenvolvem ações, permitiu a expansão para outras regiões, bem como a qualificação dos recursos por parte dos gestores para a implantação de ações municipalizadas.

TABELA 2 - ESTIMATIVA ORÇAMENTÁRIA DOS OGP, DIRIGIDOS A UDI E % DE CRESCIMENTO

População	**GASTOS DOS OGP E % DE CRESCIMENTO**				
	1999 (R$)	2000 (R$)	% de crescimento 1999/2000	2001 (R$)	% de crescimento 2000/2001
UDI	390.868,11	612.544,11	56,71	1.556.464,46	154,1
Total de OGP apoiados pela CN	150	177		177	
N de OGP / UDI	28 (19%)	36 (20,3%)		38 (21,5 %)	

Atualmente, tem havido ampliação da discussão para inclusão de ações de prevenção, com ênfase naquelas dirigidas a populações de risco acrescido no Sistema Único de Saúde. A consultoria destinada a este fim tem planejado estes recursos desde a especificação de insumo de prevenção (que passa a ser entendida como um conjunto de materiais de suporte tais como preservativos masculinos, femininos, seringas , agulhas , gel lubrificante, etc), até a especificação dos procedimentos que gerarão recursos financeiros para a execução das ações de prevenção.

Este processo de qualificação das ações de prevenção tem colocado ao Ministério da Saúde um novo desafio, já que todos os procedimentos do SUS tem como base a série histórica de atendimento em serviços de saúde e estas ações deram visibilidade a populações historicamente excluídas do Sistema de Saúde.

As ações de redução de danos, desta forma, contribuem para a inclusão dos usuários de drogas na equidade do sistema, quando disponibiliza não apenas os equipamentos necessários a prática de sexo e droga seguros, mas os aproxima do acesso a bens e serviços.

Outros esforços têm sido feitos para a incorporação das ações de redução de danos no âmbito de outras ações abrangentes de saúde, como nos Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família (PACS/PSF), pois tais programas contam com o apoio direto dos municípios que os implementam, mobilizando recursos próprios, e têm a saúde preventiva como meta e balizamento de suas iniciativas. O melhor exemplo neste sentido tem sido o PRD da Bahia, o qual vem expandindo suas ações junto aos PACS locais, promovendo a capacitação dos agentes e a elaboração de material específico, proporcionando, em contrapartida, retaguarda em termos de supervisão para as equipes de saúde, bem como a garantia de continuidade das ações de redução de danos.

Paralelamente, investimentos dirigidos a projetos de tratamento da dependência química vêm sendo incorporados pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde por meio da proposta de implantação de serviços em municípios com mais de 600.000 habitantes, segundo normatização já estabelecida pelo SUS para a área de transtornos mentais, fomentando serviços que preferencialmente ofereçam tratamento ambulatorial ou de centro-dia, promovendo, portanto, ações de redução de danos. Ainda sob esta ótica, outra contribuição observada se dá na medida em que a abstinência deixa de ser condição essencial para inclusão no tratamento, como alternativa às ofertas de tratamento existentes no País (entidades religiosas, de auto-ajuda, etc).

A organização da sociedade civil também merece ser destacada entre as ações bem sucedidas nos anos de 2000 e 2001. As duas associações nacionais vinculadas à redução de danos foram fortalecidas, do ponto de vista técnico e financeiro, pelo nível central, promovendo-se, por um lado, a visibilidade das propostas de redução de danos e, por outro,

contribuindo para que desta interação possam emergir propostas de controle social junto às diferentes instâncias decisórias e executivas.

Destaca-se ainda a implantação e o fortalecimento de 87 associações estaduais de redução de danos (RS(2), SC(1), SP(1), RJ(1), BA(1), MG(1) e PR(1)). Estas instâncias têm cumprido o papel de inserir o conceito de redução de danos entre as ONG que historicamente atuam como parceiras da CN e que, em grande medida, desconhecem o tema ou compartilham dos preconceitos inerentes à população em geral. Como exemplo, citamos a organização de uma mesa de representantes de usuários de drogas no "X Encontro de Pessoas Vivendo com AIDS", durante o Fórum Comunitário, organizado no Rio de Janeiro no final do ano de 2000, bem como a intensa participação destas associações e redes durante o Fórum 2000.

Efetividade das Ações de Redução de Danos

Pode-se medir a efetividade das ações de RD por meio, entre outras alternativas, da avaliação e mensuração do seu impacto econômico (economia para o SUS com a prevenção de novos casos de aids), bem como pelo aumento da abrangência dos projetos e maior acesso a UDI e suas redes de interação. No âmbito jurídico, a maior ou menor viabilização dos conceitos e práticas de RD vêm se traduzindo na aprovação de Leis Estaduais e Municipais relacionadas ao tema.

Cabe destacar que as ações de RD iniciaram-se tardiamente no Brasil, com as epidemias de HIV e hepatite C já "instaladas" entre UDI, fazendo com que nem sempre a efetividade das ações desenvolvidas se traduza em reversão, a curto prazo, das epidemias estabelecidas, com redução dos níveis de prevalência para as diferentes infecções e, idealmente, da(s) incidência(s) destas infecções (quando existem meios de mensurá-la(s)).

No entanto, dados interessantes vêm sendo levantados a partir da utilização de ensaios sensíveis/menos sensíveis de testagem para o HIV (detuned assays) e da triangulação de diferentes métodos e indicadores biológicos. Estes novos trabalhos apontam para um declínio substancial da epidemia em diferentes localidades do Brasil, exemplificados no Box 3 que se segue, através de um trabalho desenvolvido no Rio de Janeiro.

BOX 3

Uma epidemia em declínio? Dados recentes sobre a difusão do HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis no Brasil

Francisco Inácio Bastos

Aspectos conceituais

O exemplo dos países desenvolvidos vem demonstrando claramente que não só é possível prevenir epidemias em determinados segmentos populacionais, mesmo em segmentos considerados, a princípio, como refratários à mudança comportamental, como os usuários de drogas injetáveis (UDI) (Des Jarlais et al., 1998a), como reverter epidemias "maduras"/estabelecidas (ainda uma vez o exemplo paradigmático é o sucesso das intervenções desenvolvidas entre UDI - Des Jarlais et al., 1998b; Des Jarlais et al., 2000a; Des Jarlais et al., 2000b).

O sucesso destas intervenções preventivas se prende, por um lado, a fenômenos de fácil compreensão (embora de difícil mensuração) como o aumento da oferta de seringas estéreis e a retirada de circulação de seringas passíveis de "infectar" os UDI que as reutilizam (Bastos & Strathdee, 2000), mas vão bem além disso, o que inclui desde efeitos indiretos das estratégias preventivas (por exemplo, cuidados médicos básicos dispensados pelos programas de troca de seringas - PTS -, com, conseqüente redução de taxas de infecção por outras infecções sexualmente transmissíveis que não o HIV/AIDS, que servem como cofatores na transmissão sexual do HIV - Bastos & Strathdee, 2000) a características complexas das redes de interação dos UDI e seus parceiros sexuais (Friedman et al., 2000), passando pela capacidade dos PTS de referir os UDI a programas de tratamento para o abuso de drogas, e com isso reduzir substancialmente ou mesmo eliminar as práticas de injeção (devido à abstinência do consumo de drogas ou a transição para padrões de consumo que não incluam as drogas injetáveis) (Strathdee et al., 1999).

Enfim, ainda que não seja possível por ora estabelecer precisamente o quanto cada um desses fatores (e outros, não mencionados aqui) vem contribuindo para a "prevenção" e/ou reversão de epidemias entre UDI (van Ameijden et al., 1994; van Ameijden et al., 1995), fato é que ambas ("prevenção" e reversão) são factíveis, uma vez que existam os recursos humanos, financeiros e técnicos necessários.

Achados empíricos

Os estudos desenvolvidos pelo nosso grupo de pesquisa, no Rio de Janeiro, vinham registrando até então prevalências pontuais para a infecção pelo HIV na população de UDI em torno de 27% (Telles et al., 1997; Guimarães et al., no prelo) e prevalências substancialmente mais elevadas (acima de 55%) para as hepatites B e C (Oliveira e al., 1999), nos sucessivos estudos seccionais que realizamos junto a esta população.

Para nossa surpresa, nos deparamos, no âmbito do estudo "OMS/WHO - II" de avaliação da prevalência e fatores de risco para o HIV e hepatites virais entre usuários de drogas, injetáveis e não-injetáveis (ainda em andamento), com uma prevalência pontual para a infecção pelo HIV de 8% (estando restritas, por ora, as análises aos usuários de drogas injetáveis), acompanhada de redução igualmente substancial das prevalências para as hepatites B e C (Bastos et al., 2001).

Os achados parecem consistentes com resultados anteriores, no sentido de uma epidemia em declínio nesta população, no Rio de Janeiro, como demonstramos no trabalho supra-citado (Bastos et al., 2001), através da triangulação de dados provenientes de diversas fontes, o que está descrito a seguir.

Em trabalho ainda inédito de nosso grupo (Guimarães et al., no prelo), no qual utilizamos o algoritmo de testagem sensível/menos sensível ou "detuned assays", não evidenciamos uma única infecção nova pelo HIV no conjunto de amostras referentes a projeto desenvolvido em 1994-6 junto à população de UDI ("Projeto Brasil", ver detalhes em Telles et al., 1997), estocadas em freezer a

-70o C. Em virtude do fato mesmo de não termos encontrado uma única infecção recente para o HIV nestas amostras, não nos deparamos com o problema habitual de estimativas desta natureza, os dilatados intervalos de confiança quando da estimação de incidência a partir de amostras pequenas. Repetiremos no projeto em curso (que já recrutou mais de 500 usuários de drogas injetáveis) o mesmo algoritmo de testagem, contando desta feita com uma amostra substancialmente maior, e, portanto, com a oportunidade de estimar a incidência da infecção pelo HIV nesta população com uma maior margem de certeza.

Igualmente, no âmbito de projeto anterior, desenvolvido exclusivamente em centros de tratamento para o abuso de drogas (Bastos et al., 2000), encontramos prevalências relativamente baixas para os diferentes patógenos de transmissão sexual e sangüínea avaliados, inclusive o HIV (0,9%), prevalências estas comparáveis aos dados disponíveis para a assim denominada "população geral" (com exceção da prevalência para o vírus da hepatite C - HCV -, substancialmente mais elevada no subgrupo de usuários e ex-usuários de drogas injetáveis, frente aos demais usuários de drogas avaliados e à população geral). Ainda que se tratando de uma amostra cujo processo de (auto-)seleção está sujeito a marcado viés - uma vez que congrega usuários que demandaram espontaneamente tratamento para um consumo de drogas que lhes pareceu abusivo, concordando em permanecer em listas de espera e, posteriormente, num árduo programa de tratamento, em regime de internação -, não deixa de ser animador constatar que usuários de drogas com um grau de abuso que justifica (aos seus olhos e aos olhos dos profissionais) uma internação prolongada não estejam mais freqüentemente sujeitos às diferentes infecções do que a população geral.

Comparando o estudo OMS/WHO - II ao projeto anterior desenvolvido em 1994/6 ("Projeto Brasil"), é possível verificar ainda que o declínio observado no projeto em curso quanto à prevalência da infecção pelo HIV se faz acompanhar de um declínio em tudo semelhante das taxas de infecção para os agentes das hepatites B e C (mais pronunciado quanto a esta última). Os valores encontrados no âmbito do projeto OMS/WHO - II foram de: 4,5%, 24,3% e 14,1%, para, respectivamente, a infecção aguda pelo HBV (vírus da hepatite B) (definida pela presença do marcador HBsAg); qualquer marcador sorológico para o HBV (ou seja, infecção aguda, crônica ou passada para o HBV) e para a infecção pelo HCV. Já no projeto de 1994/6, estes valores foram de, respectivamente: 7,8%, 55,8% e 69,6%.

O declínio muito acentuado da prevalência para a infecção pelo HCV aparentemente acompanhou o declínio, igualmente expressivo, dos diferentes comportamentos de risco na esfera das práticas de injeção (por exemplo, redução do compartilhamento ou menor freqüência de injeção). Observou-se, ainda na esfera dos hábitos e comportamentos sexuais, um ligeiro incremento das práticas de sexo seguro, quando se compara o presente projeto ao projeto anterior (1994/6), embora esta mudança seja ainda pouco expressiva.

As razões subjacentes a esse declínio global das taxas de infecção parecem fruto, basicamente, da saturação desta população de dimensão relativamente reduzida, do declínio espontâneo dos comportamentos que põem estes indivíduos sob risco, e, possivelmente, da ação benéfica dos programas preventivos. O papel destes diferentes fatores deve ser cuidadosamente avaliado.

Cabe observar ainda que, em contraste com o recente aumento da incidência de aids nas cidades (especialmente litorâneas) do sul do Brasil, onde o papel dos UDI na epidemia regional é absolutamente central, municípios como Santos (SP) (o maior porto brasileiro), após experimentarem uma difusão explosiva do HIV/aids no começo da epidemia (anos 80), têm registrado nos últimos anos uma "desaceleração" do processo de difusão da epidemia de aids (expressa pelo registro de novos casos de aids), de um modo geral, e especificamente entre os UDI (Mesquita, 2000).

Tais achados sugerem que o Brasil está experimentando, cronologicamente, diferentes epidemias. Uma epidemia mais madura existiria, por exemplo, em Santos (e Baixada Santista), municípios nos quais a prevalência da infecção pelo HIV entre UDI, antes aparentemente "estabilizada" em níveis muito elevados de 50-60% (Carvalho et al., 1996), está, assim como no Rio de Janeiro, experimentando um declínio expressivo (Mesquita, 2000). Resultados similares foram ainda relatados em Salvador, Bahia, com um declínio igualmente expressivo das prevalências das infecções para o HIV e o HTLV - vírus causador da leucemia/linfoma das

células T e da paraparesia espástica tropical - em estudo recente (1999/2000), se comparado aos estudos anteriores (vide tabela no texto principal).

Nossa conclusão provisória é que em algumas regiões brasileiras (das quais Rio de Janeiro, Baixada Santista e Salvador constituiriam exemplos) existem hoje epidemias de HIV maduras em suas populações de UDI. Embora não nos seja possível por ora estabelecer relações de causalidade e precedência, fato é que nestas mesmas localidades foram implantados, com relativo sucesso, programas preventivos. O quanto das alterações observadas na dinâmica dessas epidemias é possível atribuir em cada região à saturação da população de UDI, à mudança espontânea de seus hábitos, a mudanças na "cena de uso", e o quanto à ação dos programas preventivos, cabe a nós responder.

Bibliografia:

Bastos FI & Strathdee SA (2000). Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. Soc Sci Med 51:1771-82.

Bastos FI, Lowndes CM, Derrico M et al. (2000). Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. Int J STD AIDS 11:383-392.

Bastos FI, Telles PR, Oliveira ML et al. (2001). Different findings point to a substantial decline of the AIDS epidemic among injection drug users (IDUs) in Rio de Janeiro (RJ), Brazil. XII Conf. Int. de Redução dos efeitos nocivos das drogas (harm reduction), New Delhi.

Carvalho HB, Mesquita F, Massad E et al. (1996). HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 12:84-92.

Des Jarlais DC, Choopanya K, Millson P et al. (1998a). The structure of stable seroprevalence HIV-1 epidemics among IDUs. In: Stimson G, Des Jarlais DC & Ball A (eds.). Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses. Londres: UCL Press.

Des Jarlais DC, Perlis T, Friedman SR et al. (1998b). Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: injecting drug users in New York City, 1991 to 1996. Am J Public Health 88:1801-6.

Des Jarlais DC, Perlis T, Friedman SR et al. (2000a). Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: injection drug users in New York City, 1990-1997. Am J Public Health 90:1112-6.

Des Jarlais DC, Marmor M, Friedmann P et al. (2000b). HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. Am J Public Health 90:352-9.

Friedman SR, Kottiri BJ, Neaigus A et al. (2000). Network-related mechanisms may help explain long-term HIV-1 seroprevalence levels that remain high but do not approach population-group saturation. Am J Epidemiol 152:913-22.

Guimarães ML, Bastos FI, Telles PR et al. (no prelo). Retroviruses infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City, Brazil: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-infection with HTLV. J Clin Virol

Mesquita FC (2000). Trabalho apresentado na Reunião do "WHO Multicentre Study Phase II Study", São Petesburgo, Federação Russa.

Oliveira ML, Bastos FI, Telles PR et al. (1999). Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. Braz J Med Biol Res 32:1107-14.

Strathdee SA, Celentano DD, Shah N et al. (1999). Needle-exchange attendance and health care utilization promote entry into detoxification. J Urban Health 76:448-60.

Telles PR, Bastos FI, Guydish J et al. (1997). Risk behaviors and HIV seroprevalence among IDUs in Rio de Janeiro, Brazil. AIDS 11(suppl. 1):S35-S44.

van Ameijden EJ, van den Hoek AR & Coutinho RA (1994). Injecting risk behavior among drug users in Amsterdam, 1986 to 1992, and its relationship to AIDS prevention programs.

Am J Public Health 84:275-81

van Ameijden EJ, Watters JK, van den Hoek JA & Coutinho RA (1995). Interventions among injecting drug users: do they work? AIDS 9(Suppl A):S75-84

Outros resultados podem ser extraídos dos estudos de linha-de-base (AJUDE I) e, posterior, reavaliação dos PRD (AJUDE II), este último ainda em execução pela Universidade Federal de Minas Gerais, e dos Estudos Multicêntricos realizados em Salvador, BA:

LINHA DE BASE	FASE 1	FASE 2 (resultados parciais)
Projeto Ajude Brasil	N = 280 UDI acessados em PRD Soroprevalência global para o HIV = 52,5 % Itajaí = 78,0% (n = 50) Porto Alegre = 48,5 % (n = 132) São José do Rio Preto = 64,4% (n = 45) São Paulo = 46,7 % (n = 15) Sorocaba = 21,1 % (n = 38)	N = 458 UDI acessados em PRD **Soroprevalência global para o HIV = 41,5 %** Itajaí = 40,0 % (n = 50) Porto Alegre = 77,1% (n = 130) São José do Rio Preto = 38,0 % (n = 79) Gravataí = 46,2 % (n = 39) Florianópolis = 31,7 % (n = 41) Salvador = 6,8% (n = 118)
Estudo Multicêntrico	Salvador – BA – 1996 Soroprevalência para o HIV = 49,5 % Soroprevalência para o HTLV I/II = 35,0 %	Salvador – BA – 2001 Soroprevalência para o HIV = 7,1 % Soroprevalência para o HTLV I/II = 5,1%

Como se pode observar, há um importante decréscimo nas soroprevalências para o HIV e o HTLV em Salvador, cidade onde foi implantado o primeiro PRD do Brasil, no qual também vem sendo observada a entrada do crack em campos de atuação do projeto (acompanhada da menor freqüência de injeções de cocaína ou mesmo da transição de vias no sentido do uso não-injetável) que tem buscado estratégias de ampliação junto a outros programas da saúde.

Em Porto Alegre, por outro lado, observa-se um aumento da soroprevalência para a infecção pelo HIV; sendo este o PRD que mais tem acessado novos UDI em todo o País, promove a redução de danos como uma política municipal e distribui em torno de 15.000 seringas/mês. As ações de RD foram, no entanto, iniciadas, em um momento posterior se comparado a Salvador. O município da região Sul no qual o acesso aos UDI vem sendo mais fácil e o recrutamento mais intenso é Gravataí. Neste município, o PRD, com 1 ano de existência, acessou 247 UDI e conta atualmente com 163 UDI vinculados, tendo distribuído 28.709 seringas e recolhido 17.262, não sendo relevante na região o consumo de crack.

É importante destacar os projetos realizados nas cidades do interior de São Paulo para a discussão de outros resultados de intervenções junto a esta população. Estas cidades são rotas conhecidas do tráfico de cocaína, proveniente dos Estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, e têm uma cultura popular de intenso consumo de álcool e drogas de um modo geral. Além disso, são cidades economicamente importantes no cenário do estado e do País, de densidade populacional expressiva, e locais nos quais os projetos de prevenção vêm sendo implantados com maior rapidez (frente à capital). Como exemplo, citamos a cidade de Campinas, cujo projeto foi iniciado há 3 meses e já conta com 21 UDI acessados e vinculados, com a distribuição de 630 seringas e o recolhimento de 261 destas.

SÍNTESE DOS RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS JUNTO A ESTA POPULAÇÃO

As seguintes linhas vêm sendo efetivamente implementadas:

AMPLIAÇÃO DE AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS NO PAÍS

a) Elaboração de material de IEC (Informação, Educação e Comunicação)

Diferentes materiais têm sido produzidos, com a previsão do lançamento em "Seminário de Avaliação das Ações de RD", em São Paulo, em maio próximo, dos seguintes materiais: "Manual de Redução de Danos (Campo)", Folder, Cartaz, "Manual para o Tratamento do UDI HIV+", Vídeo de RD e 2 publicações contendo estudos e pesquisas desenvolvidos na área de drogas & aids.

Pretende-se com este material de suporte, sensibilizar parcerias para ampliação das ações de redução de danos (gestores, profissionais de saúde e diversas instituições de naturezas distintas), já que um argumento comumente utilizado para a não-realização tem sido o despreparo técnico.

O lançamento concomitante de todos estes materiais constitui uma oportunidade de difusão e intercâmbio de idéias e ações dirigidas à população de UDI. A articulação com a mídia permitirá melhor avaliar as possibilidades de uma campanha na grande mídia para essa população. Parte deste material também será enviado para parceiros da Coordenação na América Latina.

O apoio à sociedade civil organizada tem sido uma premissa no desenvolvimento das ações, tanto internamente (CN), enquanto discussão conjunta do trato às várias questões que envolvem ONG (aprovação de projetos, relatórios, poder decisório a partir do protaganismo e das demandas), como na execucação propriamente dita, quanto ao destino paritário de recursos à OG e ONG (eventos, projetos, financiamento de cursos, participação em seminários, etc).

A discussão coletiva da prevenção vem contribuindo sensivelmente para articulações absolutamente imprescindíveis para o impacto na redução de HIV/aids em usuários de drogas injetáveis. Nos referimos a articulação de ações integradas e disponibilização dos insumos para qualquer população (profissionais do sexo, presidiários, etc) , isto é , o saber pode circular e a ação pode ser eficaz em qualquer contexto na trajetória de vida do usuário de droga injetável.

A distribuição do preservativo feminino junto a mulheres usuárias de drogas injetáveis e parceiras de usuários de drogas injetáveis têm superado a expectativa de aceitabilidade. Em 2000, 9 projetos de redução de danos recebiam este insumo, beneficiando 225 mulheres e a partir de 2001, 39 projetos, atingindo 8775 mulheres, representando um aumento de 433%.

O pronunciamento do Ministro da Justiça, em reunião junto a esta CN, manifestando-se favorável a redução de danos e a troca de seringas em presídios certamente possibilitará o avanço destas ações junto a população de encarcerados. Na pesquisa Ajude Brasil I, temos o dado de que cerca de 70% dos UDI já esteve detido pelo menos uma vez na vida.

A aprovação de 9 projetos de redução de danos em presídios representa o esforço que vem sendo empenhado nesta área, assim como a possibilidade de aproximarmos estas unidades de confinamento dos serviços de saúde, já que a estratégia a ser utilizada será a de criar um vínculo entre CTA e presídios para dar visibilidade ao uso de drogas na prisão.

b) Ações para o fortalecimento institucional dos executores de programas através de: assessoria/ consultoria técnicas, integração e otimização de subprojetos a partir de ações políticas e operacionais em nível local e oferecimento/viabilização de oportunidades de treinamento para executores de projetos (capacitações específicas, oferta de estágios e elaboração de material de IEC);

As experiências bem sucedidas nos Estados do RJ, RS, SC e PR, foram integradas aos planos estaduais, nas ações de capacitação. No RJ, a universidade executora absorveu tais ações como parte de sua linha de pesquisa e de extensão, promovendo capacitações locais em regiões desfavorecidas, com isso, fortalecendo as atuações de associações de moradores e lideranças comunitárias. Ao serem avaliadas as iniciativas desse PRD, foi apontada a necessidade de haver uma maior integração com as coordenações de DST locais e de implementar ações com maior abrangência, como no exemplo das rádios comunitárias.

No RS, os projetos de capacitação têm como principal executora a Escola de Saúde Pública do Estado, que mantém diversos núcleos de capacitação no estado, em parceria com centros universitários. Em SC, tais projetos vêm dirigindo seus esforços para a capacitação de profissionais da rede básica de saúde,

bem como ao fomento de projetos de redução de danos (atualmente SC conta com 07 PRD apoiados pela CN e 02 aprovados em concorrência descentralizada). No Paraná, as ações de capacitação foram dirigidas à implantação de PRD e à capacitação dos redutores de danos (esta Unidade da Federação conta atualmente com 08 projetos apoiados pela CN e 03 aprovados em concorrência descentralizada).

c) Apoio, implementação e supervisão de atividades dirigidas a UDI, promovendo a adoção de práticas sexuais e de injeção de drogas mais seguras;

Houve franca ampliação das ações de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas, sobretudo em estados da região Centro-Oeste e Norte, como podemos observar no perfil dos PRD.

NATUREZA DOS PRD	UNIDADES DA FEDERAÇÃO ABRANGIDAS
41 PRD/ intervenção apoiados diretamente pela CN (em 1999, projetos de continuidade e em 2000 projetos em implantação, de continuidade ou de expansão das ações)	SP = 10, RS = 07, PR = 07, RJ = 1, DF = 1, BA = 1, MT = 2, MG = 03, SC = 06, MS = 02 e PE = 1.
06 propostas aprovadas 2001 (ONG e Associações)	SP = 2, MS = 2, AC = 1 e PE = 1
09 PRD/presídios em implantação (08 em 2000 e 01 em 2001)	Maceió/AL, Campo Grande/MS; Salvador/BA, São José do Rio Preto/SP, Itajaí/SC, Porto Alegre/RS, Belo Horizonte/MG, Curitiba/PR e São Vicente/SP
04 CTA iniciando ações de RD (*)	Campo Grande/MS, Rio de Janeiro/RJ, Três Lagoas/MS, Caxias do Sul/RS
18 projetos para UD/UDI aprovados em concorrência descentralizada	07 SP, 01 RJ, 03 PR, 02 SC, 05 RS
Total = 78	Distribuição pelas UF: SP = 21, RS = 14, PR = 11, RJ = 3, DF = 1, BA = 2, MT = 02, MG = 04, SC = 09, MS = 07, PE = 02, AL = 1 e AC = 1

Obs: Informalmente, temos conhecimento de outros serviços específicos de HIV/aids (SAE, CTA) que estão sendo postos de troca de seringas através de inciativas locais (Programa Municipal de DST/ aids por exemplo), sendo que não dispomos deste quantitativo sistematizado.

Para a efetiva implementação destes projetos foram fomentadas pelas Coordenações Nacional e Locais as seguintes ações e iniciativas:

- Ações de apoio político para a articulação com segmentos da justiça, mídia, ação social e sociedade civil por meio de reuniões, elaboração de documentos e promoção de discussões do tema em fóruns pertinentes;
- Fortalecimento institucional dos executores por meio de assessorias e consultorias técnicas;
- Integração e otimização de subprojetos a partir de ações políticas e operacionais em nível local para o fortalecimento político das equipes;
- Oferecimento e viabilização de oportunidades de treinamento para os executores de projetos;
- Fortalecimento institucional das associações de redutores de danos;
- Produção de materiais institucionais, educativos e de informação em apoio às ações dos subprojetos;
- Apoio a projetos nacionais de RD dirigidos a executores nacionais e representantes da América Latina.

Importantes contatos foram estabelecidos com os países do Cone Sul para a elaboração de propostas de cooperação internacional na área de RD, sendo o Brasil o campo para estágio dos colegas estrangeiros e País propositor de estratégias de implantação dos programas de troca de seringas.

Ações de advocacy para a implantação de ações de RD como política oficial têm sido implantadas, tais como:

- Incorporação da proposta de redução de danos secundários ao uso de drogas como política oficial pela SENAD (Secretaria Nacional Anti-drogas);
- Aprovação de Leis Estaduais e Municipais e apoio para a elaboração de projetos de lei;
- Apresentação junto ao Senado das ações de RD buscando a reformulação/substituição da Lei de Entorpecentes em vigor no País desde 1976;
- Projeto de Lei Federal para RD, submetido em maio/2000 à Câmara dos Deputados e proposta em estudo no Ministério da Saúde para apresentação de projeto no executivo para a incorporação da RD na Lei 8080 (Lei que regulamenta o SUS);
- Defesa das propostas de RD no âmbito da Coordenação de Saúde Mental e sua incorporação metodológica em serviços de tratamento da dependência química vinculados ao SUS;
- Apoio à estruturação de serviços de saúde mental para a assistência da dependência química e acolhimento dos portadores do HIV usuários de drogas;
- Incorporação do tema RD pela COSAM (Coordenação de Saúde Mental);
- Implantação de serviços em municípios com mais de 600.000 habitantes para o tratamento de transtornos mentais e da dependência química.

d) Desenvolvimento de estudos de avaliação das linhas de ação dos subprojetos e apoio a estudos/pesquisas desenvolvidos no País, objetivando levantar a situação atual de uso/usuários de drogas injetáveis (UDI);

Continuidade dos estudos de base e multicêntricos (estes na fase de conclusão da primeira etapa), havendo necessidade de ampliar a utilização dos protocolos de testagem para o HIV "sensíveis/menos sensíveis" (detuned assays) a diferentes localidades do País, nos moldes da experiência desenvolvida no Rio de Janeiro.

Também se estuda a possibilidade de mensurar o número de UDI no Brasil através da utilização de diferentes técnicas estatísticas, possibilitando com isso uma estimativa de base populacional da cobertura dos programas.

Principais Dificuldades e Avanços

Avanços importantes:

- Maior disponibilidade de recursos para as ações de redução de danos;
- Maior integração com as demais áreas da saúde e sucomponentes;
- Busca efetiva de uma maior sustentabilidade das ações, independentemente de recursos da CN-DST/AIDS;
- Fortalecimento das ONG no sentido de serem reconhecidas (se assim o quiserem como prestadores de serviços de saúde, na medida em que a ação de prevenção é qualificada)
- Incorporação de metodologias de ONG/OG que atuam com outros segmentos populacionais, com uma história de iniciativas bem sucedidas;
- Inclusão das seringas e agulhas, gel lubrificante, aumento da disponibilização supervisionada de preservativos femininos, como insumos de prevenção, ao lado de insumos mais tradicionais, como os preservativos masculinos.

Principais dificuldades:

- Resistências políticas para a implantação de políticas de RD;
- Segmentos da sociedade civil que atuam no tratamento da dependência química, contrários à RD, ainda que este diálogo tenha melhorado sensivelmente nos últimos anos;
- Necessidade de intensificar as discussões com instâncias que trabalham com o uso de drogas e educação.
- Interface com outras populações (presidiários, profissionais do sexo, garimpeiros)

Como dificuldade central a ser enfrentada, destaca-se a ainda baixa cobertura das ações. A título de exemplo, cite-se o fato de apenas 20 dos 62 municípios com maior número de casos de aids pertencentes a esta categoria de exposição contarem com projetos de RD.

Diante desta defasagem entre necessidades e cobertura efetiva, a CN promoverá, por meio das associações locais de redutores de danos, a sensibilização dos gestores estaduais e municipais para a implantação de redução de danos nestes municípios.

No Estado de São Paulo, a Associação Paulista de Redutores de Danos (APRENDA), por meio de projeto aprovado em concorrência de ONG (ano 2000), vem executando projeto dirigido ao fortalecimento dos redutores de danos nos projetos em execução. A Coordenação Estadual de DST/aids, por seu turno, vem implementando ações em "cidades estratégicas", objetivando a implantação de ações de prevenção dirigidas a populações de risco acrescido, tendo como primeiro objetivo a implantação de um projeto na cidade de Araçatuba-SP (15º município do ranking dos municípios mais afetados pela epidemia no Brasil). Estas intervenções são executadas em parceria técnica e política com a CN.

Em Minas Gerais, por meio de projeto fruto de uma parceria entre a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) e uma ONG local, iniciou-se um projeto de implantação de ações de redução de danos voltados para os serviços do SUS (Rede de Assistência Básica) e presídios. Trata-se de uma proposta integrada às Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde de Minas Gerais e Belo Horizonte, que, no momento, buscam sensibilizar os gestores de saúde em um estado historicamente conservador com relação às propostas de redução de danos.

Sustentabilidade

Esforços no sentido de integrar ações de prevenção a serviços de assistência têm sido feitos pela CN, privilegiando ações de prevenção em populações sob maior risco. A execução de projetos de RD junto a populações de risco acrescido (tais como profissionais do sexo) também é incentivada.

São necessários maiores esforços para garantir a continuidade e a participação de UDI ou ex-UDI como agentes de saúde. Diversas avaliações têm sido realizadas pela CN-DST/AIDS, buscando tanto implantar ações de RD em outras áreas da saúde quanto permitir um maior empowerment das ONGs ligadas a essa população.

Aponta-se, ainda, o papel central que o Brasil vem desempenhando junto aos países da América Latina, por seu conhecimento e experiência no desenvolvimento de estratégias de RD entre usuários de cocaína. Esta experiência tem incluído o estágio no Brasil de profissionais de diferentes países latino-americanos; articulações para a mudança de legislações locais; além de apoio direto para a obtenção de insumos e implantação de ações de intervenção por parte destes países. De um modo geral, é necessário incorporar as estratégias de RD no âmbito dos serviços de assistência, objetivando promover uma maior humanização destes serviços e sua necessária adaptação a populações historicamente excluídas e com difícil acesso à rede de saúde.

PRESÍDIOS (POPULAÇÃO CONFINADA ADULTA)

ESTIMATIVA POPULACIONAL**: 216 MIL PESSOAS, SENDO APROXIMADAMENTE 206 MIL HOMENS E 10 MIL MULHERES.**

(FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIA-SIPEN/MJ, JULHO 200)

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001
Sistemas prisionais apoiados na execução de projetos de prevenção que incluem treinamentos de funcionários e detentos, informação a visitantes e distribuição de insumos de prevenção	18 sistemas prisionais desenvolvendo projetos apoiados pela CN ou Coordenações Estaduais:	90.000 prisioneiros	20 sistemas prisionais desenvolvendo projetos apoiados pela CN ou Coordenações Estaduais	100.000 prisioneiros informados e recebendo materiais 30.000 tendo participado oficinas, atividades educativas e/ou intervenções comportamentais.	Coleta de dados sobre ações desenvolvidas nas penitenciárias do país, no contexto das DST/Aids, no ano 2000. 05 projetos aprovados por meio de concorrências descentralizadas	130.000 prisioneiros informados 10.500 prisioneiros acessados total = 140.500
					Reprodução de material educativo (cartilha), criado em oficina pedagógica por detentos do Estado de SP	tiragem prevista 50 mil
Serviços de aconselhamento, diagnóstico e assistência reforçando atendimento em sistemas penais	05 estados desenvolvendo atividades: SC, SP, MG, AM, PE.		09 estados desenvolvendo atividades, através de 10 projetos: SC, SP, MG, AM, PE, BA, MS, PR, RS.	10.000 prisioneiros	Proposta do Min. Saúde: Piso de Atenção Básica (PAB) para a assistência à saúde no Sistema Prisional.	Realização de Pesquisa Nacional Sentinela nos Presídios (testagem não vinculada), a partir do 2º semestre/01

Continua

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001
Preservativos distribuídos	Distribuídos nos 27 estados , quantitativo não acurado		Preservativos distribuídos em 2000: relação preservativo prisioneiro varia entre 0.5 (BA) e 3.8 (SP), por mês.	100 mil receberam preservativos		
Programas de orientação a visitantes íntimos implantados.	15 programas implantados (RS, SC, PR, SP, MS, MT, RJ, CE, MA, PA, PE,GO,MG,AC,DF)		19 programas implantados (RS, SC, PR, SP, MS, MT, RJ, CE, MA, PA, PE, GO, MG, AC, DF, AM, SE, PI, PB)	70.000 parceiros/as ou familiares de presos informados/a sb DST e AIDS e recebendo preservativos		Realização de uma Campanha Nacional de prevenção às DST/Aids, voltada para esta população específica
Cooperação e contrapartidas dos sistemas judiciais e penais reforçados por meio de ações políticas	Fórum " Aids em Prisões" Resolução 001/99 sb prevenção por ocasião de visitas íntimas – parceria com o Conselho Nacional de Política Penitenciária	500 profissionais	Implementação do Grupo Matricial com a presença do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do MJ,	Recomendações oficiais aos 27 estados Recomendação do DEPEN sobre o acompanhamento de presos HIV positivos em sistemas penais.	Definição de convênio entre o MS e MJ para atendimento de população prisional através do SUS (Sistema Único de Saúde)	

SITUAÇÃO ATUAL

Pesquisas sobre o sistema prisional indicam que mais da metade dos presos têm menos de trinta anos; 95% são provenientes das classes mais pobres, 95% são do sexo masculino, dois terços não completaram o primeiro grau e cerca de 12% são analfabetos ("O Brasil Atrás das Grades", Human Rights Watch, 1998).

A grave superlotação constitui talvez o problema fundamental, e crônico, que aflige o sistema penal brasileiro. Com 43,6% da população carcerária do País, São Paulo apresenta o pior déficit de vagas, em números absolutos, e a maior quantidade de condenados presos em delegacias.

Levantamento do Sistema de Informações Penitenciárias (SIPEN), realizado em janeiro de 2001, mostra que as celas de presídios têm, em média, 36% detentos a mais do que a sua capacidade. São Paulo, local onde este déficit chega a 25.978 vagas, tem 39% de presos a mais do que deveria comportar nas suas 74 penitenciárias estaduais, sem contar com os problemas da Casa de Detenção (o segundo maior presídio do mundo). A situação mais grave de superlotação, no entanto, é a do Maranhão: 3,2 presos por vaga. Sergipe tem um índice de 2,4 presos e Mato Grosso do Sul e Pernambuco, de 2 presos.

O amontoamento de presos não é exclusividade dos presídios. O referido levantamento mostra que 13 estados estão com os distritos policiais superlotados. Em SP, os DP contam com 33.891 presos em 17.464 vagas, numa proporção de quase 2:1. Os estabelecimentos penais com maior superlotação no Brasil são as delegacias de polícia. Ao invés de serem usadas para detenções de período curto, como deveria ser, as delegacias policiais em vários estados mantêm detentos por longos períodos de tempo, até mesmo anos. A polícia está a cargo de fração substancial da população carcerária. Nos casos extremos, de São Paulo e Minas Gerais, a polícia tornou-se, na prática, a autoridade prisional, suplementando e, efetivamente, substituindo o sistema penal convencional.

O Centro Brasileiro de Estudos e Pesquisas Judiciais (CEBEPJ), em pesquisa realizada em São Paulo e divulgada em março de 2001, revelou que é comum encontrar jovens de 20 anos acumulando penas em torno de 40 anos. Quase a metade dos delitos "contra o patrimônio" é cometida por jovens na faixa etária de 18 a 21 anos. Apenas 25% dos acusados de furto e 15% de roubo têm mais de 30 anos. Mais da metade dos acusados são reincidentes. Os homens respondem por 97% das ocorrências.

É inegável que a solução dos conflitos sociais não pode, como querem erradamente alguns, desembocar invariavelmente no encarceramento.

NÍVEL FEDERAL

O Brasil não possui, de fato, um sistema penal, mas sim muitos sistemas penais. Cada um dos governos estaduais, assim como o governo do Distrito Federal, administra um conjunto separado de estabelecimentos penais com uma estrutura organizacional distinta, polícias independentes e, em alguns casos, leis de execução penal suplementares.

O fato de existir uma autoridade estadual sobre os presídios não é sinônimo de que o governo federal esteja ausente dessa área. No âmbito do Ministério da Justiça operam duas agências federais voltadas para a política prisional: o Departamento Penitenciário e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Estas duas agências possuem áreas de interesses distintas: a primeira é primordialmente incumbida dos aspectos práticos (tais como o financiamento para a construção de novos presídios) enquanto a segunda tem seu foco na orientação intelectual das políticas. Uma contribuição importante do Conselho Nacional é a pesquisa e publicação do "Censo Penitenciário Nacional".

Atualmente, 20 projetos, apoiados diretamente pela CN, estão em execução nestes estabelecimentos. Estes projetos contemplam: os treinamentos para os funcionários do sistema prisional e detentos, a difusão de informações, a distribuição de preservativos, o aconselhamento e o reforço aos recursos assistenciais existentes nos sistemas prisionais. Quatro deles são de implantação ou ampliação de serviços médico-assistenciais em unidades prisionais.

Os executores desse conjunto de projetos são instituições e departamentos do Sistema de Segurança e Justiça (9), ONG (7), serviços universitários (3) e uma prefeitura (1). Os projetos executados pelas OG visam ao conjunto dos sistemas prisionais da unidade federada, enquanto os executados por ONG cumprem uma função mais especializada ou complementar (como no exemplo de um projeto voltado para mulheres nas filas de visitas íntimas), ou se destinam a grupos menores (como os detentos de determinadas delegacias ou cadeias públicas).

A distribuição regional dos projetos deste conjunto é relativamente equilibrada, com exceção da região Norte, que conta com um único projeto. Sete dos 20 projetos estão localizados na região Sul e 4 em cada uma das demais regiões. As Unidades da Federação com maior número de projetos desta natureza são: São Paulo, Santa Catarina (com 3 projetos cada) e Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Pernambuco (com 2 projetos cada). As demais unidades que contam com projetos destinados a detentos são: Acre, Paraíba, Bahia, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e Paraná (com um projeto cada). Em 8 (oito) estados as intervenções preventivo-assistenciais incorporam ações de redução de danos (RD) secundários ao uso de drogas injetáveis (AL, PE, MS. MG, SP, PR, SC, RS).

NÍVEIS ESTADUAL E MUNICIPAL

Vinte Coordenações Municipais e 11 Coordenações Estaduais incluíram nos seus POA ações com população confinada adulta, além de 05 projetos de ONG (01 em SP, 03 no RJ e 01 em SC), aprovados em concorrência descentralizada, que também atuam junto à população confinada.

Mobilização social

O Brasil tem a maior população carcerária da América Latina, operando o maior presídio individual da região. Com uma taxa aproximada de 124,8 presos por 100.000 habitantes, o Brasil encarcera menos pessoas per capita do que muitos outros países da região, embora a enorme extensão do seu território e magnitude da sua população geral determinem seu expressivo número absoluto de presos. Nos últimos 5 anos, houve um incremento substancial dessa população, com um crescimento de 34,4% da população carcerária para um aumento populacional estimado em 11,1%. Os presos são quase exclusivamente originários das classes mais pobres, sem educação e politicamente impotentes, à margem da sociedade.

Abusos dos direitos humanos ainda são freqüentemente cometidos nos estabelecimentos prisionais e afetam milhares de pessoas. As ações da Coordenação Nacional de DST e Aids têm buscado enfrentar este desafio. Nas últimas concorrências de projetos da sociedade civil - no âmbito federal e também nas concorrências descentralizadas para os Estados - projetos de intervenção que contemplam a defesa dos direitos humanos e promoção da cidadania da população confinada foram considerados parcerias prioritárias.

Acesso a serviços de saúde

Como parte do seu objetivo na reabilitação e ressocialização, a Lei de Execução Penal (LEP) vigente no País determina que os presos tenham acesso a várias modalidades de assistência (inclusive médica, jurídica e do serviço social). Na prática nenhum desses benefícios é oferecido na dimensão contemplada pela lei, sequer a assistência médica - o mais básico e fundamental destes três serviços - é oferecida em níveis mínimos para a maior parte dos presos. Em vários estabelecimentos, médicos e enfermeiros qualificados são poucos e os medicamentos difíceis de serem obtidos.

Mulheres em vários estados enfrentam a discriminação quanto às visitas conjugais. Enquanto os presos (do sexo masculino) tendem a ter essas visitas garantidas, com pouco ou nenhum controle das autoridades estaduais, as presas algumas vezes têm as visitas negadas ou permitidas em condições extremamente restritivas. Além disso, apesar da Constituição de 1988 garantir às presas o direito de manter seus bebês consigo durante todo o período de lactação, presas em alguns estabelecimentos penitenciários perdem a guarda dos filhos imediatamente após darem à luz.

Os projetos de intervenção educativa e de promoção da assistência à saúde, apoiados pela Coordenação Nacional de DST e Aids fazem inobstante a necessidade de aumentar a abrangência, uma diferença significativa onde estão instalados. No presídio de Itajaí-SC, por exemplo, as ações para o desenvolvimento da "Redução de Danos", entre os UDI, vêm servindo para promover e melhorar as condições operacionais dos serviços de saúde do ambiente prisional. Em Pernambuco também, as articulações e os recursos investidos pela Coordenação Nacional, em parceria com o Ministério da Justiça e Secretaria Estadual de Justiça, resultaram na implantação de ambulatórios no presídio de Caruaru, qualificando e ampliando a assistência à saúde do detento. Um indicador da melhoria do acesso à saúde entre os prisioneiros é a garantia, como a todos os brasileiros, ao tratamento com os anti-retrovirais, que é disponibilizado, sem exceção. Este é, provavelmente, um aspecto singular de acesso do detento à cidadania.

Estudos de soroprevalência para o HIV e demais DST/infecções de transmissão sangüínea em população carcerária

O relatório da organização não-governamental Human Rights Watch, "O Brasil Atrás das Grades, 1998", afirma: várias doenças infecto-contagiosas tais como a tuberculose e a aids atingiram níveis epidêmicos entre a população carcerária brasileira. Descrevendo os presídios como "um território ideal para a transmissão do vírus HIV", a UNAIDS tem alertado continuamente as autoridades prisionais para a adoção de medidas preventivas que possam evitar maiores índices de contaminação pelo HIV e outros patógenos. Os níveis elevados de soroprevalência para a infecção pelo HIV encontrados nos presídios do Brasil corroboram este alerta da UNAIDS e lhe conferem um sentido de urgência.

No final de 1997, pesquisadores da Universidade de São Paulo, após coletarem dados por todo o País, estimaram que cerca de 20% da população carcerária do Brasil estava infectada pelo HIV. Ainda segundo essa revisão, as maiores taxas de infecção pelo HIV podiam ser encontradas nos presídios do sudeste do Brasil, o que inclui São Paulo e sua enorme população carcerária. Em alguns presídios de São Paulo, as taxas de prevalência pontual chegam a 30% para o HIV. Taxas substancialmente mais baixas foram encontradas no nordeste, da ordem de 2-3%.

Diversos fatores, tais como comportamentos sexuais de risco e uso compartilhado de drogas injetáveis contribuíram e contribuem para a atual situação da epidemia na população carcerária. Levantamento dos prontuários de 106 pacientes infectados pelo HIV da Central Médica Penal da Bahia, indica que 70% deles teriam contraído o HIV por meio do compartilhamento de seringas. Também em um presídio de Sorocaba (SP), onde foram examinados 1.060 homens, a prevalência da infecção pelo HIV foi de 12,5%. Neste estudo, os principais fatores de risco para a infecção foram: o uso de drogas injetáveis e as práticas sexuais com parceiros usuários de droga.

Dados sobre a Penitenciária Feminina do Espírito Santo indicam prevalências pontuais de 9,9% e 19,0% para o HIV e o HCV, respectivamente, entre 121 detentas. Já entre as 13 detentas que declararam fazer uso de drogas injetáveis essas prevalências foram de, respectivamente, 46,15% e 58,8%. As taxas de infecção para outras DST analisadas pelo estudo foram de: 15,7% para sífilis e 9,3% para o HPV.

No Rio de Janeiro (1998), o relato de uso de drogas injetáveis no período imediatamente anterior ao da prisão foi substancialmente mais baixo (3%) do que entre os detentos de São Paulo (18-24%), quadro em tudo semelhante ao encontrado entre os usuários de drogas entrevistados nas comunidades e centros de tratamento.

Síntese dos resultados das intervenções desenvolvidas junto a esta população

Visando garantir a continuidade das ações de prevenção para a população prisional, foram visitados, no ano de 1999, os seguintes estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Pernambuco e Bahia. Nestes estados foram realizadas audiências e reuniões com as principais autoridades das administrações prisionais e Secretarias Estaduais de Justiça e Saúde. Como conseqüência deste esforço, no final de 1999, foram apresentados 14 projetos à Coordenação Nacional para financiamento, além de 4 executados com recursos dos POA estaduais. Estes projetos resultam de parcerias entre diferentes instituições e têm como eixos de atuação a descentralização e a sustentabilidade. Em 2000, o número de projetos ampliou-se para 20.

O Grupo Matricial para Presídios (constituído por responsáveis das áreas de Prevenção, Direitos Humanos, Assistência e Drogas & Aids da CN DST/ Aids e por representantes do UNDCP e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciárias do Ministério da Justiça - CNPCP), reuniu-se cinco vezes durante o ano de 1999. Nestes fóruns foi delineada a realização de um seminário dirigido a autoridades dos sistemas penais e de saúde, efetivamente realizado em dezembro de 1999, com o objetivo de integrar e promover a sustentabilidade de programas estaduais de prevenção às DST/aids e uso indevido de drogas entre populações prisionais. Deste fórum participaram autoridades responsáveis pelo sistema prisional e representantes das coordenações estaduais de DST e aids de todos os estados brasileiros.

Durante o evento foram analisados os principais problemas enfrentados pelo sistema prisional em relação às DST, à aids e à prevenção ao uso indevido de drogas, além de terem sido discutidas experiências bem sucedidas visando à prevenção. Como resultado, foram elaboradas recomendações técnicas e propostas iniciativas no sentido de uma melhor integração entre os sistemas de saúde e prisionais locais. Do ponto de vista da ação imediata, 10 subprojetos em 6 diferentes estados brasileiros foram iniciados.

Em 2001, as articulações com a Secretaria Nacional de Justiça foram retomadas com maior ênfase. Nesse processo, o Ministério da Justiça foi envolvido mais diretamente, através do encaminhamento de consulta feita pela CN-DST/ AIDS a todas as Secretarias Estaduais de Justiça, visando coletar dados relativos às ações desenvolvidas nos presídios, em nível estadual, no contexto das DST/aids.

Esta articulação interministerial prevê também a celebração de convênio entre o MJ e o MS para assistência à saúde dos detentos através do SUS. A definição de um Piso de Assistência Básica para os Presídios (PAB-Presídios) prevê o repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais. Isso garantirá a implantação de equipes de saúde nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF), para atuação nas diferentes penitenciárias do País, processo que já está em andamento.

Principais Dificuldades e Avanços

É relevante o trabalho de advocacia e de normatização desenvolvido junto ao Ministério da Justiça para estimular a resposta dos próprios sistemas prisionais às questões da saúde e junto ao Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária para regulamentação de questões diversas tais como: visitas íntimas, assistência médica a detentos e financiamento pelo SUS de procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários a essa assistência quando prestada nos sistemas prisionais.

É preciso atuar de forma integrada nos planos executivo, legislativo e judiciário, a médio e longo prazo. A questão mais urgente é a redução do contingente da população carcerária, sem renunciar, contudo, à punição dos que cometem atos ilícitos. Para tanto, é preciso descriminar certas condutas (como no caso dos usuários de drogas) e, principalmente, ampliar as penas alternativas. Enquanto nos EUA e na Europa, estas penas são aplicadas em 30-40% das condenações, no Brasil não chegam a 3%, aí incluídos os casos de suspensão de pena. É urgente, portanto, alterar a lei. Hoje apenas réus primários condenados a penas não superiores a quatro anos de detenção podem se beneficiar da sanção alternativa, o que significa, no máximo, 10% dos casos.

Outro ponto importante diz respeito ao regime de progressão da pena. Hoje superlotam os presídios muitos detentos que não recebem os benefícios previstos em lei: é fundamental que a progressão torne-se a regra, não a exceção.

A ausência ou insuficiência de materiais de IEC dirigidos a populações analfabetas (no que nos diz respeito, relacionado às DST/HIV-aids) constitui outra das dificuldades de que se ressentem os executores dos projetos dirigidos às populações dos nossos presídios.

São imensas as dificuldades por enfrentar e os avanços ainda incipientes, mas não se pode descartar a importância dos projetos em execução, que demonstram possibilidade de interferência positiva em um contexto sabidamente adverso, mesmo em presídios desprovidos de estrutura física adequada e recursos humanos suficientes.

Sustentabilidade

As análises mais isentas de diversos especialistas em sistema prisional atestam a falência do sistema prisional brasileiro. A situação não se reflete apenas nas condições subumanas em que vivem os presos. O regime atroz a que estão submetidos implica a renúncia à idéia de recuperação. O detento não apenas não se ressocializa como ainda encontra condições de progredir no crime a partir do momento em que é preso.

O percentual de reincidência entre os egressos do sistema prisional nacional segue aumentando. Em São Paulo, ele é superior a 80%.

É importante registrar também estatísticas que transmitem esperança. Em SP, por exemplo, um projeto cooperativo entre a Secretaria de Administração Penitenciária e a FUNAP (Fundação de Amparo ao Trabalhador Preso) logrou obter o respeitável índice de 50,45% de presos com trabalho efetivo nas prisões, 17,3% deles envolvidos em estudos regulares. Os esforços de promoção da saúde sexual e reprodutiva e a prevenção das DST/aids devem, progressivamente, se integrar a essas estruturas regulares do sistema prisional na perspectiva de investir na sustentabilidade das ações.

Avaliamos, por fim, que a implementação do PAB-Presídios (Piso de Assistência Básica), referido anteriormente, constitui condição *sine qua non* para elevar a níveis humanamente aceitáveis as condições de assistência à saúde do detento por parte do estado brasileiro e base indispensável para conferir reais perspectivas de sustentabilidade aos projetos de prevenção e assistência às DST/aids em presídios.

HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH)

Tamanho estimado da população: as estimativas disponíveis se reportam ao único estudo sobre comportamento sexual de abrangência nacional. O referido trabalho, de Elza Berquó, estima em 2,5% da população brasileira (aproximadamente 1,3 milhão de pessoas) o número de homens que referem relações com homens nos últimos 5 anos; e em 17,7% (cerca de 8,5 milhões de pessoas) a porcentagem de homens que referem orientação homo/bissexual.

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	2001 (Jan/Mar)	Cobertura (estimada para 2001)	Principais Resultados HIV e DST
Apoio às ações, eventos e projetos de prevenção executadas pelas organizações da sociedade civil	16 projetos	133.892	21 projetos	167.365	36 projetos	292.899	Abrangência: 399.550 **Taxa de Prevalência HIV/Aids:** 10,8% (n = 1082) e 9,4% (n=570) *(Coortes de SP e MG-1999)*
			4 eventos regionais e nacionais apoiados	156.400 pessoas	3 eventos regionais e nacionais apoiados	275.000	**Casos de Aids Homo e Bissexuais:** 1. 54.777 (1980-2000) casos registrados, representando 26,9% do total de 203.353 notificações 2. 1.872 (2000) casos registrados, representando 21,8% do total de 8.596 notificações no período 3. Total de óbitos (1980-2000) no período: 77.173
Fortalecimento do movimento homossexual por meio da capacitação de lideranças em ativismo e prevenção das DST/Aids			4 Centros de Capacitação implementados	40 ONG 80 lideranças HSH	6 Centros de Capacitação implementados (até junho 2001)	60 ONG 120 lideranças HSH	
Produção de material informativo			Catálogo sobre Homossexualidade e Aids no Brasil	1.000 ONG/Aids e Grupos Homossexuais	Produção de manual, folder e cartaz (até setembro 2001)	1.000.000	**Prevalência Outras DST:** 29,7% para Hepatite B (n = 1080) coorte HSH/SP **Projetos Apoiados:** 16 projetos em 1999 21 projetos em 2000 36 projetos 2001

Situação Atual

As taxas de infecção pelo HIV entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) ainda são, neste início da terceira década da epidemia, substancialmente mais elevadas do que na população dita geral. Ainda que tenha ocorrido certa "saturação" da epidemia nesta população, às custas de inúmeras mortes ao longo das duas primeiras décadas da epidemia, o número de pessoas vivendo com HIV/aids pertencentes a este estrato populacional ainda é expressivo, inclusive em termos de casos novos.

No total de casos acumulados no período 1980-2000, os homo e bissexuais masculinos respondem por mais de um quarto de todos os casos de aids notificados no período. Em relação ao ano de 2000, esta mesma proporção se reduz, embora se mantenha expressiva - o equivalente a 20% do total de novos casos.

Para além das análises relativas a casos de aids (onde existe uma defasagem temporal, por sinal crescente, entre novas infecções e registro de casos de, no mínimo, 8 anos), parece estar ocorrendo, no Brasil, um fenômeno semelhante ao observado nos EUA, onde vem sendo observado um recrudescimento da infecção pelo HIV em jovens homossexuais.

Embora possuam uma casuística relativamente pequena e estejam sujeitos a vícios de seleção evidentes (uma vez que selecionam homens mais preocupados com a sua saúde), os estudos longitudinais (coortes), que têm sido desenvolvidos nas capitais dos Estados de São Paulo ("Projeto Bela Vista"), Rio de Janeiro ("Projeto Praça Onze" e "Projeto Rio") e Minas Gerais ("Projeto Horizonte"), desde o ano de 1994, com este grupo populacional, identificaram que os casos de soroconversão para o HIV localizavam-se preferencialmente entre os voluntários mais jovens, de menor escolaridade e menor renda, o que vai ao encontro das tendências nacionais da epidemia de aids.

Os relatórios preliminares dos estudos de São Paulo e Belo Horizonte apontam para prevalências para a infecção pelo HIV em torno de 10,8% (N=1082) e 9,4% (N=570), quando da entrevista de recrutamento, respectivamente (cabendo observar que se trata de coortes de soronegativos, ou seja, só aqueles que não se mostram infectados no momento do recrutamento são incluídos no estudo propriamente dito). O objetivo principal desses estudos é a determinação da incidência de HIV nesta população, sendo que, em São Paulo, a densidade de incidência observada foi de 1,51 por 100 pessoas/ano.

A pesquisa sobre "Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções Sobre HIV e Aids" (CEBRAP, 1999) indica que 2,5% dos indivíduos do sexo masculino entrevistados informam que, nos últimos cinco anos, tiveram relações sexuais com homens ou com homens e mulheres. Expandindo (com as devidas ressalvas) o dado para a população brasileira, encontramos um total de 1.342.509 indivíduos. Já entre os homens que referem preferir se relacionar com homens/e mulheres, no momento da entrevista, encontramos um percentual de 15,7%, o que, expandindo para a população brasileira, totalizaria 8.430.954 pessoas.

Embora estas sejam cifras consideráveis, grande parte dos grupos homossexuais no Brasil, ao planejar suas ações, utilizam como linha-de-base os dados do "Relatório Kinsey" (na verdade, conduzido em outro contexto, o dos EUA), que estima em 10% a porcentagem de pessoas que sentem prazer sexual com pessoas do mesmo sexo, de forma preponderante.

Em que pese a insuficiência de informações, os dados disponíveis parecem não sensibilizar, de fato, os gestores em nível municipal e estadual. Com algumas exceções, os grupos homossexuais têm enfrentado dificuldades para verem seus projetos aprovados ou suas parcerias consolidadas no âmbito local, aparecendo a Coordenação Nacional, em muitos casos, como a única instância com possibilidades para articular os esforços de prevenção direcionados a este segmento da população. Assim, grande parte das ações de prevenção, voltadas para este grupo, ainda está sob a responsabilidade dos grupos da sociedade civil organizada. As ONG/aids e os grupos homossexuais têm sido os atores principais das ações de intervenção comportamental e mesmo de proposição de políticas públicas específicas para homens que fazem sexo com homens. Embora este protagonismo seja fomentado pela Coordenação Nacional como um princípio norteador das ações de prevenção, em muitas localidades tem se traduzido em um isolamento das organizações da sociedade civil e das lideranças homossexuais, devido à falta de apoio das instâncias governamentais locais.

Como os grupos homossexuais ou organizações da sociedade civil no Brasil ainda têm uma atuação limitada em relação aos trabalhos de intervenção comportamental, possuindo também características organizacionais que as impedem de desenvolver trabalhos de maior abrangência, a cobertura efetiva deste segmento da população ainda é um desafio a ser enfrentado. Enquanto estados e municípios não reforçarem como uma de suas prioridades para as ações de prevenção das DST/HIV/aids, o trabalho com os segmentos da população com práticas de risco acrescido - como é o caso dos homens que fazem sexo com homens - dificilmente teremos maior impacto em relação ao número de pessoas abrangidas e sensibilizadas por meio das intervenções educativas ou de campanhas de informação.

Visando garantir que a resposta governamental à epidemia pelo HIV/aids junto ao segmento homossexual masculino da população seja efetivamente articulada com outras instâncias governamentais, bem como com setores da sociedade civil organizada ligados à comunidade homossexual, a Coordenação Nacional vem implementando estratégias voltadas para a ampliação da cobertura

das ações dirigidas aos homens que fazem sexo com homens e, ao mesmo tempo, para fortalecer o protagonismo social dos sujeitos de intervenções educativas realizadas, como veremos a seguir.

Síntese dos resultados das intervenções desenvolvidas junto a esta população

1. Apoio a projetos de capacitação de lideranças e grupos homossexuais

Na primeira fase do "Projeto Somos", implantada em 1999, e concluída no início de 2001, 40 grupos novos ou incipientes (não consolidados) foram fortalecidos em todo o País, ultrapassando a expectativa inicial de capacitar 6 lideranças por região geográfica de abrangência dos 4 Centros Regionais de Capacitação e Assessoria (Salvador/BA, Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP e Curitiba/PR) implantados. No período de 1999-2000, tais Centros Regionais identificaram e fortaleceram ações de 80 lideranças homossexuais dos Estados de Pernambuco, Natal, Bahia, Alagoas e Sergipe, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina. No final do ano 2000, foram realizadas quatro oficinas para avaliação de cada um dos Centros Regionais de Capacitação e o comparecimento de todos os grupos treinados indica a permanência das ações do projeto ao longo de um ano.

Para o ano 2001, a continuidade desta estratégia está sendo efetivada, prevendo algumas alterações significativas na sua operacionalização. Nessa nova fase pretende-se ampliar a atuação e abrangência dos Centros Regionais de Capacitação, a partir da criação de estruturas similares em Goiás (atendendo assim os grupos da Região Centro-Oeste) e no Ceará (cobrindo os grupos das Regiões Norte e Nordeste). Além disso, serão implantados três Centros de Capacitação e Assessoria em municípios epidemiologicamente estratégicos no Estado de São Paulo. Esta adequação do "Projeto Somos" irá possibilitar o fortalecimento de mais 120 lideranças ou 60 grupos HSH em todo o País.

2. Promoção, no âmbito dos estados, da organização de fóruns políticos para discussão de ações dirigidas aos HSH

Com a finalidade de incluir na agenda de estados e municípios ações de prevenção direcionadas aos homens que fazem sexo com homens, a Coordenação Nacional tem procurado, por meio de reuniões de caráter técnico e político nos estados e de encontros do Comitê de Gestão, sensibilizar as Coordenações de DST/Aids locais para a ampliação da sua interface com os grupos homossexuais, visando melhorar o acesso deste segmento populacional à estrutura de serviços de saúde e de atenção às DST/aids, bem como para incentivar a participação destes atores em instâncias de discussão de políticas públicas para o enfrentamento da epidemia pelo HIV/aids.

BOX 4

Experiências exemplares junto à população de HSH

Duas experiências têm se mostrado exemplares na promoção da articulação entre o setor comunitário e o governamental: a constituição dos fóruns estaduais de HSH de São Paulo (criado em julho de 1999) e de Goiás (criado em meados de 2000), que têm envolvido setores governamentais e não-governamentais relacionados à saúde, à promoção social, à defesa dos direitos humanos e à segurança pública, com o objetivo de deliberar e encaminhar questões relativas à prevenção e assistência às DST/aids para os homens que fazem sexo com homens, no âmbito de uma visão mais ampla e integradora das diferentes questões que afetam seu cotidiano e suas perspectivas pessoais e sociais.

Tal estratégia se mostra extremamente importante no momento em que se discute a descentralização dos processos de concorrência para os projetos das organizações da sociedade civil, especificamente, e das ações de prevenção de um modo geral, com vistas a garantir a continuidade do trabalho desenvolvido pelas instâncias governamentais e não-governamentais.

---

3. Promoção da visibilidade social e política do movimento homossexual brasileiro

A Coordenação Nacional vem apoiando a realização de eventos que tenham por objetivo a mobilização de um grande número de pessoas em torno de questões relacionadas à promoção de direitos humanos e da cultura específica das minorias sexuais. No âmbito destas iniciativas, uma modalidade de evento apoiado refere-se às ações de caráter eminentemente político, onde se promove a discussão dos rumos do movimento homossexual no Brasil e sua articulação com outros movimentos de igual natureza em outras partes do mundo. Apesar de não contarem com um número expressivo de participantes, o apoio a tais eventos é justificado na medida em que estes visam prioritariamente ao fortalecimento das ações do movimento social das minorias sexuais e a inclusão na agenda do movimento de questões relativas à prevenção das DST/aids.

Nesta perspectiva, em agosto de 2000, foi realizado o "Juiz de Fora Rainbow Fest" (que reuniu 400 representantes de diferentes instituições de todo o País) e, em novembro, o "Encontro Regional da International Lesbian and Gay Association - ILGA", com cerca de 1.000 participantes. O primeiro encontro teve o mérito de colocar em destaque questões legais envolvendo as conquistas sociais das minorias sexuais, por exemplo: benefícios previdenciários das parcerias de mesmo sexo e a análise das causas de gays e lésbicas no âmbito das varas de família. Embora a legitimação de alguns aspectos da vida homossexual ainda não seja unânime dentro do movimento, a análise dos participantes levou em consideração a importância destas questões no que diz respeito à promoção da cidadania das minorias sexuais e, conseqüentemente, do maior acesso à saúde e à informação. O "Encontro Regional da ILGA" também cumpriu o papel de fortalecer as ações da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT), inserindo nessa discussão política novas lideranças, muitas delas oriundas da capacitação promovida pelo "Projeto Somos". Mesmo considerando todas as dissidências comuns em encontros desta natureza e as diferenças ideológicas existentes entre a ABGLT e outras lideranças nacionais igualmente expressivas, o Encontro teve o mérito de dissolver tensões dentro do movimento e consolidar o "Projeto Somos" como uma estratégia que envolve não somente os grupos brasileiros, mas, também, outras lideranças latino-americanas.

Uma outra linha de eventos apoiados pela esfera federal está relacionada à promoção de maior visibilidade da cultura e do modo de vida das minorias sexuais no seio da sociedade brasileira como um todo. Além de mobilizar um grande número de pessoas para a defesa de questões políticas e sociais importantes, como auto-estima e não discriminação das minorias sexuais, estes eventos conseguem visibilidade nacional, na medida em que ocupam espaços significativos na mídia impressa e falada. Em junho de 2000, a Coordenação Nacional apoiou a realização da "IV Parada do Orgulho Gay" do Estado de São Paulo, que reuniu, segundo cálculos da polícia militar, 120 mil pessoas e o "8º Festival Mix da Diversidade Sexual", evento já consagrado no calendário cultural das grandes capitais do País (São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Brasília, Belo Horizonte e Recife), abrangendo cerca de 35 mil espectadores nas sessões de cinema e mais 15 mil pessoas em exposições de artes plásticas e shows musicais. Em ambos os eventos, foram realizadas intervenções educativas voltadas para a divulgação de informações sobre prevenção das DST/HIV/aids, com distribuição de preservativos masculinos.

Em outubro de 2001, será realizada a próxima edição do "Encontro Nacional de Gays e Lésbicas que Trabalham com Aids", evento presente desde 1980 no calendário do movimento homossexual brasileiro, onde se pretende reunir todos os grupos homossexuais do País. Além disto, está previsto o apoio da Coordenação Nacional à realização da "V Parada do Orgulho Gay" do Estado de São Paulo, em parceria com as instâncias Estadual e Municipal de DST e Aids (com a expectativa de participação de 200 mil pessoas) e do "9º Festival da Diversidade Sexual", a ser realizado em 06 capitais brasileiras.

4. Fomento aos projetos de intervenção educativa de organizações da sociedade civil e de grupos homossexuais

Na concorrência de 1999 (realizada em março de 2000) foram aprovados 13 projetos dirigidos ao público HSH, de um total de 46 propostas apresentadas. Somaram-se a este conjunto 8 projetos estratégicos que contam com o apoio da esfera federal: cinco deles vinculados ao desenvolvimento do "Projeto Somos" e três relacionados à consolidação de metodologias de intervenção junto à população HSH de classes sociais menos favorecidas e/ou trabalhadores do sexo. Nesta segunda linha de projetos, tem-se verificado a importância que o uso de droga (principalmente o crack) assume no cenário do sexo comercial sendo, portanto, priorizado o desenvolvimento de estratégias voltadas para a redução de danos no âmbito do implantação de tais projetos.

uso de droga (principalmente o crack) assume no cenário do sexo comercial sendo, portanto, priorizado o desenvolvimento de estratégias voltadas para a redução de danos no âmbito do implantação de tais projetos.

Na concorrência de 2000 (realizada em novembro) foram aprovados pelo nível federal 06 novos projetos dirigidos para este segmento da população. No âmbito dos estados que realizaram a concorrência de forma descentralizada, foram aprovados 11 projetos de intervenção comportamental e educativa, a serem implantados no Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná e Ceará. Para o ano de 2001 ainda está previsto o apoio para 19 projetos de intervenção comportamental, visando prioritariamente estimular a implantação de ações de prevenção das DST/HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens, em regiões geográficas pouco abrangidas como o Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

5. Avaliação e produção de material educativo e instrucional

Em 2000, a Coordenação Nacional de DST e Aids coletou uma grande quantidade de material informativo produzido em todo o País, dirigido à população de HSH. Este material deverá ser avaliado por especialistas na área de comunicação, visando à produção de cartaz e folder a serem veiculados em nível nacional, subsidiando assim as diferentes ações educativas desenvolvidas pelas esferas governamentais e não-governamentais.

Neste mesmo ano, uma subcomissão do Comitê Assessor foi instituída, visando a produção da segunda edição do "Manual do Multiplicador para Homossexuais", publicação apontada como um importante instrumento para intervenções realizadas por organizações da sociedade civil. A primeira reunião desta subcomissão ocorreu em abril e estima-se que até meados de julho este material seja disponibilizado no âmbito nacional, possibilitando fornecer maiores subsídios técnicos para a implantação de programas e projetos sociais para a prevenção das DST/HIV/aids dirigidos à população de HSH.

6. Pesquisas e estudos para avaliação do impacto das ações desenvolvidas no âmbito das organizações governamentais e não-governamentais

Como referimos acima, carecemos de estudos que consigam proporcionar uma noção mais clara da interface entre a infecção pelo HIV e o comportamento da população HSH, no contexto atual. Neste sentido, a Coordenação Nacional prevê a realização em 2001 de dois estudos importantes, considerando as características epidemiológicas do HIV/aids, bem como a necessidade de aprimoramento das estratégias direcionadas aos homossexuais masculinos.

O primeiro estudo previsto consiste na realização de uma enquete, que poderá vir a ser aplicada periodicamente, junto aos leitores da imprensa gay masculina do País, com o objetivo de compreender o modo de vida dos HSH e de estudar sua adaptação sexual e preventiva face à epidemia pelo HIV/aids. O segundo estudo programado tem como objetivo dimensionar e qualificar as ações de informação, educação e comunicação em saúde, implementadas por organizações governamentais e não-governamentais junto aos homens que fazem sexo com homens jovens, voltadas para a redução da infecção pelas DST/HIV/aids.

Outros protocolos de estudo também estão sendo desenhados objetivando identificar a prevalência de HIV e DST em subgrupos desta população e usuários da rede de CTA. É necessário garantir que a realização de novos estudos leve em consideração a experiência acumulada pelos estudos de corte no País e pelas instituições que, historicamente, têm desempenhado papel de destaque junto a esta população.

Principais Dificuldades e Avanços

Como anteriormente referido, a principal dificuldade no trabalho com este grupo populacional tem sido quantificar e qualificar o contingente populacional a ser abrangido pelas intervenções educativas. No entanto, mesmo sem conseguir identificar as dimensões que a epidemia assume entre HSH, avalia-se que a cobertura dos projetos de intervenção está muito aquém das reais necessidades. Se por um lado o trabalho dos grupos homossexuais (com destaque para a atuação do "Projeto Somos") tem garantido relativa estabilidade quanto ao número de projetos dirigidos aos HSH e ao incremento da qualidade técnica destes projetos, por outro, a natureza e a estrutura das organizações que os executam não permitem que as ações tenham uma abrangência maior do que a observada. Uma maior atuação das instâncias estaduais e municipais é imperativa para aumentar a cobertura das ações desenvolvidas pela sociedade civil organizada, promovendo assim a implantação de maior número de estratégias locais para o enfrentamento da epidemia junto aos homens que fazem sexo com homens. Essa proposta também é considerada como um dos principais instrumentos para garantir maior sustentabilidade das ações de prevenção dirigidas aos grupos específicos e para as próprias organizações da sociedade civil que trabalham neste campo.

Com relação à baixa cobertura das ações dirigidas a este grupo populacional, deve-se destacar a realidade enfrentada nas regiões Norte e Centro-Oeste do País, onde o número de associações comunitárias e/ou grupos de homossexuais é extremamente baixo ou inexistente. Nestes casos, a ação do Estado torna-se ainda mais imperativa e necessária. Neste sentido, cabe salientar que os dados sobre a incidência acumulada de casos de aids na categoria homo/bissexuais, segundo município de residência, indicam a relação desproporcional entre o fomento de ações direcionadas à população HSH e os vinte municípios que apresentam maior concentração de casos de aids (de um modo geral e nesta população), especialmente nas regiões Sudeste, Nordeste e Norte. Em 2001, a partir da ampliação da cobertura do "Projeto Somos" e da priorização de tais municípios nas concorrências nacional e descentralizada, pretende-se que essa deficiência seja atenuada.

Além da baixa cobertura e da relativa deficiência de estudos sobre este segmento populacional, outra dificuldade que merece destaque é a falta de unidade ainda presente no movimento homossexual brasileiro. Tal aspecto tem dificultado a ampla efetividade, por exemplo, das ações do "Projeto Somos", principalmente em alguns estados brasileiros (como São Paulo e Rio Grande do Sul - de grande concentração populacional e bastante representativos no que diz respeito à epidemia pelo HIV/aids). Por outro lado, há de se ressaltar o aumento da qualidade técnica dos projetos executados pelas organizações da sociedade civil dirigidos a este segmento da população, um dos resultados mais expressivos do desenvolvimento do "Projeto Somos". Esta estratégia vem conseguindo fortalecer os grupos homossexuais até então sem capacidade de resposta à epidemia, consolidando assim uma atuação frente à prevenção das DST/HIV/aids de maior qualidade e abrangência.

Apesar das divergências ainda existentes no movimento homossexual como um todo, diversas conquistas e avanços vêm sendo consolidados no âmbito da garantia dos direitos humanos. Entre estas conquistas, cabe salientar a promulgação de leis municipais e estaduais contra a discriminação por orientação sexual e a implantação de serviços telefônicos gratuitos para denúncias sobre atitudes de preconceito, violência e discriminação. Tais conquistas são consideradas fundamentais para o desenvolvimento de qualquer ação que vise à promoção da saúde como um todo e, mais especificamente, a prevenção das DST/HIV/aids. Nesta perspectiva, a interlocução entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça vem sendo cada vez mais fortalecida, seja por meio do apoio político e institucional da Coordenação Nacional às várias ações e/ou reivindicações de grupos representativos do movimento homossexual, seja pela articulação política entre as diferentes esferas estaduais e municipais da Justiça e da Saúde, objetivando garantir os direitos humanos deste segmento específico da população.

Outro avanço que merece destaque é a conquista de maior visibilidade das manifestações políticas e culturais vinculadas às minorias sexuais. Existe hoje uma incorporação da cultura dita "alternativa" pela sociedade em geral, possibilitando um trânsito social mais fácil para gays e lésbicas. Ao mesmo tempo, as minorias sexuais têm influenciado modelos culturais e de comunicação social, o que tem alterado o imaginário social, com pautas de condutas menos preconceituosas e mais tolerantes, principalmente no que diz respeito às questões relacionadas ao HIV/aids. Muito do que se ensina e se fala sobre sexo mais seguro para mulheres e usuários de drogas injetáveis, por exemplo, parte de uma perspectiva oriunda do movimento e da cultura homossexual. Além disto, o apoio que a Coordenação Nacional fornece às manifestações como o "Festival Mix Brasil" e a "Parada do Orgulho Gay", possibilita garantir maior legitimidade para tais eventos, atraindo a atenção da mídia nacional (e, muitas vezes, internacional) e do setor privado para questões relacionadas à orientação sexual, aos direitos humanos e ao enfrentamento da epidemia pelo HIV/aids. Este apoio também é considerado uma alavanca no sentido de estimular uma maior participação da iniciativa privada no apoio ao movimento social e, ao mesmo tempo, de promover o marketing social dos insumos de prevenção (preservativos masculinos, seringas e lubrificante íntimo).

GARIMPO E POPULAÇÕES DE RESERVAS EXTRATIVISTAS E POPULAÇÕES RURAIS

Tamanho estimado das populações: estima-se que existam 222.584 garimpeiros atuando na Amazônia Legal, 176.078 garimpeiros em reservas legalizadas, o que resultaria numa cobertura das ações já desenvolvidas de, respectivamente, 40% e 25% destas populações. No que diz respeito às reservas extrativistas, estima-se haver 25.640 famílias de seringueiros, correspondendo a uma cobertura de 73% das famílias por meio das ações já desenvolvidas

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001
1 - Apoio a projetos 2 - Capacitação de agentes multiplicadores 3 - Realização de estudos e pesquisas 4 - Capacitação de gestores locais	09 projetos 60 multiplicadores 02 oficinas de trabalho 30 participantes de municípios pólos 01 Diagnóstico de situação em seis estados garimpeiros da Amazônia Legal 20 gestores locais capacitados	20% da pop. total 10% da pop. resex	14 projetos 150 multiplicadores e 02 reuniões de avaliação dos projetos 01 pesquisa qualitativa em regiões de fronteiras 20 gestores locais capacitados	40% pop. tot 73% reserva extrativista	40% pop tot. 25% reserva extrativista	70% pop. tot. 50% reserva extrativista
5 – Realização de fórum nacional de prevenção em	100 participantes no Congresso de Prevenção					

SITUAÇÃO ATUAL

É pequeno o número de projetos dirigidos a populações de garimpo, reservas extrativistas e assentamentos rurais aprovados entre 1999 e 2000. Dos 14 projetos aprovados, 7 foram totalmente executados e 7 encontram-se, no momento, em andamento. É importante ressaltar que atrasos no envio de documentação e revisões de propostas revelam dificuldades das instituições executoras em relação às exigências administrativas e técnicas da agência financiadora. Foram apresentados relatórios de progresso conclusivos e parciais de 11 projetos. Apenas um projeto não vem enviando relatórios e 3 apresentam pendências relativas à prestação de contas.

Garimpeiros, assentados e comunidades extrativistas têm em comum: alta mobilidade, elevada morbidade e carência quase absoluta em termos de acesso a ações e serviços de saúde. Enquanto os garimpos e comunidades extrativistas concentram-se na Amazônia, acampamentos e assentamentos de trabalhadores rurais sem-terra multiplicam-se por todo o País.

Comunidades extrativistas e garimpos se localizam em regiões muito afastadas dos centros urbanos, com grande dificuldade de acesso e com condições climáticas adversas que ampliam essa dificuldade e o desenvolvimento das atividades dos projetos. Os garimpeiros constituem uma população onde existem dificuldades ampliadas quanto às ações de prevenção pelas características da sua atividade que, por si só, representam um risco permanente à saúde e à própria vida, desenvolvendo, nesse grupo, uma visão imediatista da vida, uma racionalidade voltada para a solução de problemas a curto-prazo, uma quase ausente percepção de risco de uma infecção (a pelo HIV) invisível/imperceptível a curto e médio prazo ou sua não-valorização.

Principais Estratégias e Realizações

No ano de 1999, foi produzido o Manual para Agente Multiplicador de Informação em DST/Aids para Populações de Áreas de Garimpo. Em 2000, este material foi testado, revisado e encontra-se em fase final de edição.

Nos meses de fevereiro e junho de 2000, foram realizadas duas reuniões de monitoramento e avaliação dos projetos e três oficinas de trabalho com as equipes técnicas dos programas dos municípios de áreas garimpeiras. Estas reuniões objetivaram definir ações de prevenção para DST, e HIV/aids e uso indevido de drogas. Nestas reuniões foram identificados alguns problemas relativos à assistência prestada a esta população e ao gerenciamento do Projeto. Dos problemas identificados destaca-se a baixa capacidade de resposta das secretarias de saúde (dos municípios situados em áreas de garimpo) para suprir as necessidades assistenciais destas áreas, a pequena ou ausente rede de serviços de referência e a insuficiente capacitação técnica dos gerentes dos projetos.

Os projetos dirigidos a estas populações têm como estratégia básica o fortalecimento institucional destas secretarias de saúde. Com isso torna-se possível realizar intervenções comportamentais e assistenciais, as quais consistem principalmente na capacitação para diagnóstico e tratamento das DST e iniciativas de redução de danos secundários ao uso de drogas. Os projetos caracterizam-se pela promoção de reuniões, seminários, oficinas; incluem treinamento de agentes multiplicadores e produção de material educativo, culturalmente sensível, em parceria com organizações de classe e outras instâncias da sociedade civil.

Os executores destes projetos são principalmente ONG (08 dos 10 projetos). As regiões Norte e Centro-Oeste concentram a totalidade dos 10 projetos, com seis projetos a região Norte e 02 projetos o Centro-Oeste. As unidades federadas que executam estes projetos são o Pará (3); o Mato Grosso (2); Acre (2); Rondônia (2) e Amapá (1).

A partir da meta inicial - atingir direta e indiretamente 176.078 garimpeiros em reservas legalizadas - de uma população garimpeira em atividade estimada em 222.584 - foram atingidas, através das ações em curso, 40% das pessoas vivendo em garimpos. Em relação aos assentamentos e comunidades rurais, obteve-se até o momento uma cobertura de 11,5% das famílias assentadas e 10% das famílias acampadas, de uma população estimada de 475.800 famílias de trabalhadores rurais.

Das 20.460 famílias de trabalhadores extrativistas, a cobertura foi de 73%, considerando apenas a área de abrangência dos projetos. Como a

epidemia de aids tem apresentado uma tendência crescente à interiorização, esse segmento populacional se mostra fundamental no sentido de conter seu avanço em direção ao interior e às regiões de fronteira.

Destacam-se como relevantes os resultados do estudo "A Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária", versando sobre o diagnóstico situacional das condições de saúde desta população, resultado de cooperação entre o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Este é o primeiro estudo a estabelecer uma linha-de- base entre populações rurais e tem entre seus principais resultados o fato de 71,8% das pessoas (de uma amostra de 6.416 famílias assentadas) referirem nunca usar preservativos em suas relações sexuais.

Outro produto a ser destacado é o diagnóstico da situação das DST e da aids nas regiões de fronteira do Brasil, publicado no livro "Fronteiras Amazônicas do Brasil. Saúde e História Social", de Victor Leonardi.

CAMINHONEIROS

Estimativa Populacional: estima-se que existam no País, 750.000 caminhoneiros de carga/longa distância

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para 2001	Principais resultados sobre HIV e DST
Caminhoneiros informados por campanhas em parceria com empresas e outras instituições	30.000 atingidos anualmente em eventos da categoria; 100.000 atingidos anualmente por campanha em parceria com empresas; 9.000 participantes em concurso de frases de prevenção em pára-choque de caminhão em 99	270.000 informados por campanhas nos dois anos	30.000 atingidos nos eventos da categoria; 400.000 atingidos por campanha nacional, na mídia e estradas, com apoio de empresas, sindicatos, ONG e SEST/SENAC 13.000 responderam a questionário demográfico e comportamental	440.000 atingidos em campanhas e promoções apoiadas por instituições privadas e públicas	200.000 atingidos pela segunda fase da campanha nacional.	400.000 continuação campanha, 30.000 nos eventos, 20.000 em novo concurso de frases de pára-choque total = 450.000	Resultados do questionário comportamental será publicado em abril; junto c/ publicação Do Programa Estadual de SP de dados preliminares de pesquisa comportamental e de soroprevalência de HIV, HCV e sífilis com 120 caminhoneiros, amostra de conveniência, na Via Dutra.
Caminhoneiros atingidos por intervenções presenciais em cooperação com ONG e municípios	350.000 atingidos por intervenções presenciais por 14 projetos	350.000	20 projetos de intervenção presencial com ONG e municipalidades.	200.000 atingidos em intervenções presenciais	Cerca de 100.000 atingidos	200.000 atingidos pelos 20 projetos com ONG e municipalidades	
Caminhoneiros atingidos por meio da cooperação com o SEST/SENAT	10.000 atingidos por 3 postos do SEST/SENAT em 99	10.000	10 postos de atendimento do SEST/SENAT envolvidos em ações de prevenção	15.000 caminhoneiros atingidos pelos postos do SEST/SENAT	10.000 caminhoneiros atingidos por 20 postos do SEST/SENAT em 3 meses	30.000 atingidos diretamente pelos serviços do SEST/SENAT.	

Situação Atual

Em relatórios anteriores e em diferentes trabalhos publicados na literatura especializada a vulnerabilidade dessa categoria profissional às DST HIV/AIDS vem sendo sublinhada. Os caminhoneiros desempenharam um papel fundamental na disseminação da epidemia na África subsaariana, em função de percorrerem longas distâncias, praticarem, com freqüência, o sexo inseguro com diferentes parceiras, pertencentes a diferentes regiões geográficas. Ainda que não proceda a simples extrapolação deste raciocínio a um contexto geográfico e socioeconômico inteiramente diverso - o brasileiro -, não resta dúvida que se trata de uma população sob especial vulnerabilidade e particularmente dinâmica, na sua capacidade de deslocamento geográfico e interação social.

O Brasil conta com uma população de mais de 700.000 caminhoneiros de carga intermunicipal. Esta população, de um modo geral, não acessa os serviços de saúde (via de regra instalados longe das estradas), e é composta por homens que viajam, em média, 122.011 km por ano e trabalham, em média, por semana, 76,2 horas (dados de pesquisa da Confederação Nacional dos Transportes).

Além desses números, dispõe-se igualmente de dados preliminares de duas pesquisas (a serem integralmente disponibilizadas a partir de maio de 2001):

a) um survey contendo questões de natureza comportamental e mensuração da prevalência para a infecção pelo HIV, hepatites virais e sífilis (VDRL), em estudo coordenado pelo Programa Estadual de SP, entre 120 caminhoneiros (amostra não aleatória) e;
b) tabulação/análise das 12.000 respostas a um questionário sócio- comportamental que a Coordenação Nacional inseriu na "Revista do caminhoneiro".

É possível adiantar que o estudo implementado em SP não identificou infecções pelo HIV na pequena amostra avaliada. Por outro lado, ambas as pesquisas apontam para questões preocupantes de vulnerabilização social destes transportadores de carga, como o fenômeno da terceirização. A terceirização exclui os caminhoneiros dos postos de trabalho regulares ou os obriga a aumentar as horas de trabalho para que possam honrar as prestações de seu caminhão, contribuindo para um maior consumo de anfetamínicos, maior risco de distúrbios psicológicos e o afastamento, por períodos mais prolongados, do caminhoneiro dos seus lares.

Nível Federal

A Coordenação Nacional iniciou seu trabalho junto aos caminhoneiros em 1997, financiando pequenos projetos-piloto de ONG.

Hoje, o quadro apresenta-se substancialmente distinto: foram estabelecidas parcerias com instituições de grande porte e atuação em todo o País (SEST/SENAT) e grande parte das atividades (como as campanhas de prevenção, estratégia vital para esta categoria) são financiadas pelo setor privado, com instâncias descentralizadas de supervisão dos projetos.

O SEST/SENAT (Serviço Social dos Transportes/Serviço Nacional de Aprendizagem dos Transportes) é um órgão que recolhe 2,5% sobre as folhas de pagamento das empresas de transportes com a missão de assistir e treinar trabalhadores da área dos transportes. Dispõe de 90 centros de atendimento, com profissionais de saúde e educação, rede de TV digital com 1500 pontos de recepção implantados em áreas freqüentadas por caminhoneiros nas cidades e nas estradas.

Em 30 de junho de 2000, a CN assinou termo de cooperação com esta entidade. O acordo não contempla, necessariamente, repasse de recursos financeiros, mas prevê:

a) Capacitação de seus médicos, dentistas e instrutores sobre prevenção e assistência às DST e aids, de forma descentralizada, em colaboração com as Coordenações Estaduais e Municipais de aids;
b) Produção conjunta de materiais educativos;
c) Campanhas de prevenção;
d) Distribuição de preservativos.

Níveis Estadual e Municipal

Dentre os POA das organizações governamentais (N=177), 30 mencionam caminhoneiros como população-alvo, em 2000, e 36, em 2001.

A CN promove encontros nacionais e regionais entre as Coordenações Estaduais e Municipais de aids e as regionais do SEST/SENAT. As Secretarias de Saúde do Sul, Sudeste e algumas secretarias do Nordeste vêm capacitando médicos e treinadores do SEST/SENAT.

Mobilização Social

A categoria está mobilizada para estas questões, tendo os sindicatos da categoria, espontaneamente, procurado o Ministério da Saúde para participar da campanha nacional dirigida aos caminhoneiros. O espaço obtido na mídia e o financiamento de eventos e materiais por parte das empresas privadas também evidenciam a mobilização alcançada nesta área.

Acesso aos Serviços de Saúde

Uma das características do cotidiano desta população é a dificuldade de acesso aos serviços, em função das distâncias geográficas entre os trajetos habitualmente percorridos pelos caminhoneiros e as unidades de saúde, além da indisponibilidade de tempo. A integração das instâncias federais, estaduais e municipais com o SEST, sindicatos, ONG e entidades presentes nas estradas tem propiciado um melhor encaminhamento dos caminhoneiros aos serviços de saúde.

Testagem para o HIV

Em todo o Estado de São Paulo, parte de Minas Gerais (parcerias com o Programa Estadual e SEST) e Itajaí (parceria UNIVALI, Prefeitura, Autoridade Portuária e SEST), os caminhoneiros têm sido aconselhados e encaminhados aos CTA. O Programa Estadual de DST/Aids de SP concluiu recentemente um projeto de pesquisa em uma unidade do SEST/SENAT, incluindo o aconselhamento e a coleta de sangue na própria Via Dutra. Esta experiência abriu a possibilidade de que alguns postos mais bem equipados do SEST venham a oferecer aconselhamento e refiram à testagem esta população.

Síntese dos resultados das intervenções desenvolvidas junto a esta população

Principais Estratégias

A estratégia de institucionalização da Coordenação Nacional diante das dificuldades dessa categoria para acessar os serviços do SUS foi estabelecer uma parceria com o SEST/SENAT. Este, após assinar termo de cooperação com a CN, já vem assumindo, em cooperação com as secretarias de saúde locais, papel relevante na educação e assistência permanente a essa população. Ao lado desse esforço, centrais sindicais, como a Confederação Nacional de Trabalhadores do Transporte, têm promovido a inserção dos conteúdos relativos às DST e aids em suas atividades de informação e ações dirigidas à promoção da saúde do trabalhador.

Campanhas e promoções de âmbito nacional, financiadas em grande parte por empresas, tem proporcionado sustentabilidade às ações de informação a uma população que, via de regra, não é adequadamente beneficiada por intervenções mais demoradas.

As ONG têm se defrontado com recursos decrescentes quanto ao financiamento para suas ações entre caminhoneiros. Os acordos com as instituições de direito público, como SEST e sindicatos, não prevêem projetos que dependam necessariamente de repasse de recursos. Para efetivarem seu trabalho junto aos caminhoneiros, esses órgãos buscam integração com os serviços de saúde e financiamento por parte das empresas.

Realizações

No momento, 20 ONG mantêm projetos dirigidos a caminhoneiros, com custos decrescentes, da perspectiva do tesouro nacional. Cerca de 20 PATE (Postos de Atendimento do Trabalhador na Estrada) do SEST já contam com médicos e outros profissionais capacitados, informando e distribuindo materiais. Este número será, pelo menos, duplicado em 2001. A Confederação Nacional dos Trabalhadores dos Transportes (afiliada à CUT) participou do lançamento da Campanha Nacional ao lado do Ministro e distribuiu materiais nos pátios das empresas.

Principais Dificuldades e Avanços

As maiores dificuldades se referem às características específicas dessa população-alvo: grande mobilidade, superexploração, acesso deficiente aos serviços de saúde (concentrados nos centros urbanos). Este avanços podem ser creditados à estratégia de descentralização (apoio das prefeituras), institucionalização (cooperação com o SEST) e à busca de financiamento privado junto às empresas de transporte.

Sustentabilidade

Dentre as diferentes populações sob especial risco, o trabalho com caminhoneiros é aquele que logrou obter maior grau de auto-sustentação. Essa experiência, de institucionalização e sustentabilidade, estimulou algumas Coordenações Locais, como a de São Paulo, a buscar atingir outras categorias de trabalhadores com parcerias semelhantes. Em outros termos, o trabalho com caminhoneiros é, de certa forma, um modelo para a prevenção às DST HIV/ aids em locais de trabalho, de um modo geral.

Inter-relação com o SUS

A inter-relação desses projetos com o SUS tem sido reforçada pelo fato de que a capacitação e referência para os postos do SEST vem sendo coordenada pelas prefeituras ou regionais de saúde.

GRUPO POPULACIONAL VULNERÁVEL
MULHERES

Estimativa Populacional: não se trata propriamente de uma estimativa populacional, mas de um dado censitário (IBGE, 2000), com um total de 86.126.890 mulheres (equivalentes a 50,8% da população brasileira)

Produto	1998/99	Cobertura	2000	Cobertura	2001 (Jan/Mar)	Cobertura (estimada para 2001)	Principais Resultados HIV e DST
Parcerias e Apoio às ações de prevenção executadas pelas ONG		30 projetos	53 projetos	864.300 (diretamente) 733.105 (programas de radio)	41 projetos (20 projetos previstos para período de março-dezembro)	1.000.000 (diretamente)	Cobertura: 21,4% (17.976.000)
Parcerias e ações conjuntas com áreas afins do MS		Reuniões e Oficinas para definição de diretrizes e estratégias	Reuniões e Oficinas para definição de diretrizes e estratégias 05 macro-regionais - inclusão dos módulos de atenção básica em DST/Aids e pré-natal	205 mulheres e representantes de OG, ONG e Universidades (Brasil e América Latina) 7.921 prof. de saúde 150.000 agentes comunitários de saúde	Reuniões e Oficinas para definição de diretrizes e estratégias Suporte técnico e material informativo para treinamentos de profissionais de saúde	122 mulheres e representantes de OG, ONG, Universidades e movimentos sociais 11.179 equipes do PACS e PSF	Taxa de Prevalência HIV/Aids: 57,1% (razão de sexo 2/1) Casos de Aids: 49.544 (1980-2000) Representando 25.3% do total de notificações 46.237 casos em mulheres com 13 anos de idade ou mais Total de óbitos = 21.201 (1980-2000)

Situação Atual

A população feminina brasileira, segundo dados do Censo 2000, totaliza 86.126.890 mulheres, 80% delas vivendo em grandes áreas urbanas do País. Desde o início da epidemia, foram registrados 52.055 casos de aids em mulheres, tendo falecido até o momento 21.857. O número de casos notificados em mulheres cresceu 71,0% ao longo de todo este período, cerca de nove vezes mais que o crescimento observado entre os homens (7,6%).

No período de 1994-98 o percentual de crescimento do número de casos entre mulheres foi da ordem de 75,3%, enquanto que entre os homens, no mesmo período, foi de 10,2%.

Como descrito com detalhe na seção referente à epidemiologia do HIV/aids no Brasil, observa-se um crescimento muito expressivo da categoria de exposição "heterossexual", especialmente nos anos finais do período sob análise.

Resultados de estudos sobre: comportamento sexual da população, desigualdades de distribuição de renda e relações de gênero, violência contra a mulher, baixos índices de escolaridade da população e sobrecarga de papéis socioeconômicos vinculados à mulher, definem uma situação desfavorável para a população feminina no que se refere à percepção de risco e vulnerabilidade às DST e HIV/aids. O perfil

da epidemia pelo HIV/aids nesta população, somado a todos esses fatores, define claramente uma situação grave e que reclama prioridade quanto à plena implementação de ações preventivas e assistenciais.

Nesta perspectiva, dois grandes desafios se impõem ao trabalho de prevenção junto às mulheres:

1. Estabelecimento e consolidação de estratégias que possibilitem maior percepção da vulnerabilidade feminina, contribuindo para a adoção de comportamentos mais seguros com relação à saúde sexual e reprodutiva;
2. Melhoria da qualidade do atendimento dos serviços públicos de saúde, considerando questões de gênero, sexualidade e prevenção das DST/HIV/aids.

Partindo de tais diretrizes e considerando os princípios de descentralização e institucionalização das ações de prevenção às DST e HIV/aids, as ações implementadas em nível federal priorizam a integração entre diferentes áreas técnicas e programas da saúde. Com esta estratégia, objetiva-se a melhoria e a integralidade do atendimento à mulher, além da promoção de iniciativas mais abrangentes visando à prevenção das DST e HIV/aids nesta população. Embora tal processo já esteja bastante consolidado no nível federal, a integração de profissionais e serviços de saúde em nível estadual e municipal constitui ainda um processo de construção coletiva, estimulado por diferentes estratégias nacionais. Dentre estas estratégias se destacam a sistemática de distribuição do preservativo feminino e a inclusão da temática "gênero, vulnerabilidade e DST/aids" nos conteúdos de treinamentos dos profissionais de saúde, tanto do "Programa de Saúde da Mulher" quanto do "Programa de Saúde da Família".

A produção de materiais informativos e normas técnicas, a disponibilização de insumos de prevenção e a promoção de uma maior articulação entre as organizações da sociedade civil vêm sendo fortalecidas, visando ao desenvolvimento e à ampliação das ações de prevenção e assistência. Neste sentido, observa-se um aumento da participação dos diferentes movimentos de mulheres no combate à epidemia, bem como uma maior aproximação entre sociedade civil organizada e instâncias governamentais vinculadas à promoção da saúde da mulher. Soma-se a este conjunto de estratégias o fomento à capacitação dos profissionais de saúde e o fortalecimento institucional da rede de serviços básicos voltados para a saúde da mulher. Tais iniciativas têm contribuído para que essa parcela da população disponha de um melhor acesso à informação e serviços de prevenção oferecidos pelo SUS.

Principais Estratégias

1- Parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher e com o Departamento de Atenção Básica (PACS e PSF), visando:

- Maior integração das ações de saúde da mulher e de prevenção das DST e HIV/aids;
- Ampliação da oferta do teste anti-HIV para as mulheres gestantes e oferecimento do teste anit-HIV para as mulheres usuárias dos serviços de planejamento familiar e prevenção de câncer ginecológico; e
- Capacitação integrada de recursos humanos dos serviços de saúde no sentido de iniciativas sensíveis às questões de gênero e sexualidade.

2- Apoio aos Projetos das Organizações da Sociedade Civil, resultando em:

- Ampliação da abrangência das ações educativas em DST e HIV/aids, a partir da atuação de agentes multiplicadores capacitados para tal;
- Inserção de questões relacionadas à prevenção das DST e HIV/aids na agenda de trabalho das organizações e movimentos sociais de mulheres; e
- Capacitação de lideranças/ativistas para o fortalecimento e a ampliação de cobertura das ações de prevenção junto às mulheres de um modo geral e a segmentos específicos como as trabalhadoras, lésbicas e as mulheres vivendo com HIV/aids.

3- Produção de material para Informação, Comunicação e Educação (IEC), possibilitando:

Maior divulgação dos insumos de prevenção (preservativos feminino e masculino) e de informações sobre prevenção das DST e HIV/aids no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, junto a diferentes segmentos da população feminina (trabalhadoras rurais e urbanas, mulheres da terceira idade, clientes da rede de saúde pública, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas, donas de casa, presidiárias, gestantes, mulheres vivendo com HIV/aids etc.);

Produção de material educativo e informativo para subsidiar as ações de prevenção executadas pelos serviços de saúde e pelas organizações da sociedade civil (fôlderes, cartazes, cartilhas e vídeos).

Políticas relacionadas aos Preservativos

Consolidação e ampliação da distribuição do preservativo feminino nos serviços de saúde e junto a segmentos da população feminina de maior vulnerabilidade e de risco acrescido (profissionais do sexo, mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas, mulheres vivendo com HIV/aids e parceiras de soropositivos, mulheres portadoras de DST, presidiárias, mulheres visitantes de presidiários - soropositivos e/ou usuários de drogas - , mulheres de baixa renda que freqüentam os serviços de saúde da mulher e de DST/aids e mulheres vítimas de violência sexual e/ou doméstica);

Inclusão de ações de sensibilização dos parceiros quanto ao uso do preservativo masculino e conhecimento sobre a utilização do preservativo feminino, facilitando com isso o diálogo e os cuidados na área da saúde sexual e reprodutiva;

Inserção destes insumos de prevenção nas atividades das salas de planejamento familiar e pré-natal.

Pesquisa/Estudos

- Realização de estudo sobre o perfil da mulher vivendo com HIV/aids, visando conhecer melhor a vulnerabilidade feminina frente às DST e HIV/AIDS nas relações sociais de gênero. Os resultados deste estudo contribuirão para a definição de estratégias de prevenção junto às mulheres em geral e às populações femininas de risco acrescido, estabelecendo neste processo interfaces com a violência de gênero, o consumo de drogas e o acesso à informação e aos serviços de saúde, a ser desenvolvido em 2001;

- Realização de um estudo/análise nacional da distribuição do preservativo feminino com o objetivo de mensurar o impacto do uso deste insumo e a adoção de práticas sexuais mais seguras entre as mulheres e aprofundar os conhecimentos sobre os diferentes segmentos da população feminina de maior e menor adesão ao seu uso (junho/outubro 2001). O estudo está, no momento, em fase de estruturação e deverá ser de natureza qualitativa, a ser realizado junto às mulheres que estão cadastradas nos serviços, projetos e ONG que vêm utilizando os preservativos femininos.

Os objetivos deste estudo são: a) verificar o impacto desse insumo na adoção de prática sexual mais segura entre as mulheres; b) a adesão das mulheres ao insumo; c) saber se o insumo tem fortalecido (ou não) o poder de negociação sexual dessas mulheres frente às DST e HIV/aids; d) levantar informações com vistas em uma melhor promoção, divulgação e logística de distribuição do preservativo feminino, priorizando segmentos sob risco acrescido e a ampliação do quantitativo de preservativos femininos distribuídos, comercializados e efetivamente utilizados.

- Realização de um estudo nacional envolvendo 05 estados que contam com serviços de saúde em atenção à mulher em situação de violência sobre "Profilaxia do HIV para Violência Sexual". Em outubro de 2000 foi realizada reunião no Rio de Janeiro com Coordenações Estaduais de DST/Aids, Saúde da Mulher, Serviços de Atenção à Mulher em Situação de Violência e representantes do movimento de mulheres, que sublinhou a relevância deste estudo e definiu alguns dos seus parâmetros. Em abril de 2001, realizou-se uma segunda reunião com um grupo de profissionais de

de diferentes áreas (DST/HIV/aids, Saúde da Mulher e Programas de Atenção à Mulher em Situação de Violência) para definir as linhas gerais do estudo e de um protocolo a ser acordado nacionalmente.

Principais Dificuldades

- Existe pouca ou nenhuma tematização das questões de gênero no âmbito dos projetos que trabalham com presidiários, caminhoneiros ou redução de danos para usuários de drogas.
- Há dificuldades no sentido de incluir os parceiros (das mulheres atendidas) nos serviços de saúde reprodutiva e/ou sexual;
- A percepção das mulheres de sua vulnerabilidade às DST e HIV/aids ainda é restrita, sendo dominantes no imaginário social os conceitos de "grupo" ou "comportamentos de risco", o que reduz o interesse e a motivação da maior parte das mulheres em participar de atividades que não consideram pertinentes às suas circunstâncias pessoais, hábitos e comportamentos (e de seus parceiros sexuais).

Principais Avanços

1- Inclusão da temática de gênero e temas correlatos junto a diferentes órgãos e instâncias governamentais:

- Integração efetiva das ações dos programas de DST e HIV/aids e da Área Técnica da Saúde da Mulher na implantação da sistemática de distribuição do preservativo feminino, possibilitando maior sensibilização dos profissionais de saúde quanto à vulnerabilidade feminina para as DST e HIV/aids;
- Inclusão da temática de prevenção às DST/aids nas salas de planejamento familiar;
- Ampliação da oferta de teste anti-HIV às mulheres gestantes, com integração às atividades de rotina dos serviços de ginecologia e obstetrícia e suas diferentes iniciativas de prevenção e tratamento;
- Integração (ainda em fase inicial em algumas regiões do País) do conjunto de ações específicas vinculadas à prevenção e tratamento das DST/HIV/aids com o Programa de Saúde da Família, tanto no processo de sensibilização/captação de mulheres quanto à distribuição do preservativo feminino quanto nas ações de prevenção às DST e HIV/aids junto as equipes de saúde - por meio da implementação do protocolo de DST e HIV/aids na Atenção Básica;
- Estabelecimento de estratégias de prevenção das DST e HIV/aids integradas às questões de gênero, risco e vulnerabilidade feminina, enquanto estratégia que venha a favorecer uma maior integração entre as ações de assistência e prevenção do SUS visando à atenção integral à saúde da mulher. Tais iniciativas propiciam uma maior adequação do atendimento a grupos de mulheres com risco acrescido, como as mulheres vivendo com HIV/AIDS, portadoras de DST, trabalhadoras rurais, índias, etc.
- Os resultados positivos alcançados por meio destas estratégias vêm minimizando as dificuldades associadas ao grau de sensibilização dos profissionais de saúde em relação ao risco e vulnerabilidade das mulheres, possibilitando assim uma maior efetividade das atividades de prevenção às DST e HIV/aids em toda a rede do SUS.

2- Ações desenvolvidas junto às organizações da sociedade civil:

Ampliação de parcerias, atingindo diferentes segmentos da população feminina anteriormente pouco trabalhados (tais como as trabalhadoras rurais, as presidiárias, as lésbicas (levando-se em conta a bissexualidade) e as mulheres vivendo com HIV/aids). Neste sentido, também cabe salientar a consolidação de ações de prevenção mais integradas dirigidas a mulheres usuárias de drogas e profissionais do sexo, promovendo assim um maior fortalecimento da parceria entre os serviços de saúde da mulher e ações e serviços de DST e HIV/aids, logrando, em conseqüência, obter maior respeito às especificidades desses dois segmentos da população feminina de risco acrescido e uma melhor qualidade no atendimento de suas necessidades.

Sustentabilidade

A articulação com outras áreas, em especial com a Área Técnica de Saúde da Mulher e com os PACS/PSF, visando ao desenvolvimento de ações integradas de prevenção às DST e HIV/aids entre mulheres tem sido fundamental para conferir sustentabilidade a essas ações. Podemos citar como exemplo desta busca de uma maior sustentabilidade a implantação e ampliação de uma logística integrada de disponibilização e promoção ao acesso de insumos de prevenção, preservativos em geral e em especial o preservativo feminino. Estas estratégias incluem o treinamento dos profissionais de saúde com relação à prevenção às DST e HIV/aids, com a incorporação de uma abordagem integrada das questões de gênero, vulnerabilidade e risco acrescido.

No que se refere à articulação com a sociedade civil tem sido desenvolvida uma política com vistas à inserção de ações educativas e de intervenção comportamental em diferentes organizações sociais. Tais ações abordam a vulnerabilidade feminina relacionada ao gênero e às DST e HIV/aids. Buscou-se ampliar o campo das parcerias, envolvendo segmentos sociais que trabalham com populações femininas diversas (trabalhadoras urbanas e rurais, lésbicas, mulheres vivendo com HIV/aids, mulheres negras, lideranças feministas do campo da saúde sexual e reprodutiva etc.)

A questão da mulher no contexto do SUS

Objetiva-se o desenvolvimento de ações integradas de assistência e prevenção referentes às DST e HIV/aids, no âmbito das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher. Propõe-se uma capacitação integrada de profissionais da saúde nas áreas de saúde da mulher; PACS/PSF e DST/aids, na abordagem de questões de vulnerabilidade e gênero.

Perspectivas e propostas de atuação

- Aprofundar a articulação entre as ações de prevenção e assistência às DST e HIV/aids para mulheres no campo da atenção básica;
- Consolidar a articulação com outras áreas do SUS - Saúde da Mulher, PACS e PSF -, envolvendo outros atores governamentais como o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, a Secretaria de Assistência Social e o Ministério do Trabalho;
- Estimular e capacitar representantes da sociedade civil a atuarem de forma participativa e exercerem suas prerrogativas de controle social em espaços previstos pelo SUS - Conselhos de Saúde, Comitês de Morte Materna, nos diferentes níveis - federal, estadual e municipal.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE POBREZA

Estimativa da população vivendo em situação de pobreza: a estimativa aqui deriva de dados disponibilizados pela última "Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio" (PNAD - IBGE, 1999) define-a como correspondente a 32,7% da população acima de 18 anos, ou seja, o equivalente a mais de 34 milhões de brasileiros. Caso haja inclusão das crianças, essa cifra ultrapassaria 53 milhões de brasileiros.

Casos de AIDS nesta população:

Tomando-se como denominador a população com escolaridade até o 1º grau (único indicador disponível nas fichas de notificação de aids, integralmente avaliado até o momento, com bom grau de correlação com "situação de pobreza") estima-se que, aproximadamente, 40% dos casos acumulados de aids foram registrados nesta população, com maior concentração de casos entre os estratos de menor escolaridade entre as mulheres.

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001:	Principais resultados
Projeto implantado	5 projetos no estado do Rio de Janeiro	32.000 pessoas atingidas	21 projetos em 7 estados: RJ, SP, MG, ES, RG, PE, BA, RN e AC	457.500 pessoas atingidas	58 projetos em 20 estados: Acre, AM, PA, TO, RO, MT,MS,RN,GO, MG,PE,BA, ES, SP, RJ, PB, SE, DF, CE, RS	1.480.770 pessoas atingidas	Casos de AIDS: 10.566 (74,0%) (analfabetos e 1°. grau completos e incompletos).
Banco de preservativos implantados	12 bancos de preservativos	1.500 inscritos	144 bancos de preservativos	9.360 inscritos			
Multiplicador treinado	75 multiplicadores treinados		1.223 multiplicadores treinados		3.484 multiplicadores a serem treinados		

Situação Atual

O progressivo aumento, ao longo da última década, dos casos de aids registrados em pessoas com escolaridade até o primeiro grau (seja considerando exclusivamente os casos com escolaridade conhecida ou estes somados aos casos com escolaridade ignorada, reclassificados a partir da aplicação de um modelo discriminante), constitui uma forte indicativo da tendência de pauperização da epidemia no Brasil.

A maior vulnerabilidade da população com baixa escolaridade (e, grosso modo, mais pobre) às doenças sexualmente transmissíveis (além de inúmeras afecções, e questões sociais como a morbidade e a mortalidade por violência), se comparada aos estratos mais favorecidos, foi demonstradas em várias pesquisas:

- Pesquisa da BEMFAM (1996) revelou que o uso do preservativo na última relação sexual (anterior à entrevista) evidencia percentuais significativamente mais baixos de sua utilização sistemática entre mulheres e homens com menor escolaridade (se comparados aos de maior escolaridade). Estas porcentagens variam de 3,8%, para analfabetas, a 19,9%, para mulheres com mais de 12 anos de escolaridade; e 8,9%, para analfabetos, e 42,0%, para homens com mais de 12 anos de escolaridade.
- Pesquisa entre jovens conscritos do exército (1999) mostrou ser a escolaridade a variável com maior poder explicativo das diferenças relativas às praticas sexuais de risco. Nesse

estudo, os jovens adolescentes de baixo nível de instrução e em situação de pobreza mostraram ser os mais suscetíveis às doenças sexualmente transmissíveis, aqueles que mais freqüentemente referiram práticas sexuais de maior risco e aqueles que detinham o menor conhecimento a respeito das infecções/ doenças de transmissão sexual e das respectivas medidas de prevenção.

A utilização de preservativos foi significativamente mais elevada entre aqueles conscritos de maior escolaridade (frente aos de menor escolaridade), especialmente em relação aos parceiros casuais.

- Na "Pesquisa sobre o comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/ aids" (de Berquó e colaboradores, 2000) foi evidenciado que o grau de exposição ao HIV/ AIDS varia com o nível socioeconômico: tanto entre os homens quanto entre as mulheres, as práticas sexuais diferem marcadamente em função do nível socioeconômico. Entre os homens, mais da metade daqueles pertencentes aos estratos A e B (mais elevados) se protegem mediante a utilização sistemática de preservativos, porcentagem substancialmente mais elevada do que aquela observada nos homens pertencentes aos estratos C, D e E. Diferença similar (igualmente desfavorável aos mais pobres/ menos educados) quando a escolaridade foi considerada como indicador.

Levando-se em consideração estes diferentes dados e informações, não resta dúvida acerca da premência e relevância do conjunto de ações desenvolvidas junto à população em situação de pobreza. O trabalho com esta população caracteriza-se pela atuação junto a organizações comunitárias, buscando fortalecê-las e gerar condições para que estas incorporem questões ligadas à prevenção e assistência às DST e HIV/aids em suas atividades. Com isso, as comunidades podem se articular melhor e buscar melhores condições de saúde e, conseqüentemente, meios de exercer mais adequadamente controle social sobre as ações e propostas do SUS.

Por outro lado, a priorização das ações de prevenção junto a populações sob risco acrescido define a questão da pobreza como eixo transversal de análise, pois, na grande maioria dos casos, esses estratos sociais constituem parte da população pobre e, desta maneira, vão sendo criadas e implementadas alternativas metodológicas de intervenção para os diferentes segmentos populacionais de pessoas em situação de pobreza.

Nível Federal

A Coordenação atua de forma a ampliar e fortalecer a articulação, através de parcerias governamentais (como Secretarias de Estado de Assistência Social, Comunidade Solidária, entre outras áreas programáticas do Ministério da Saúde - PACS/PSF) e não-governamentais (como Médicos Sem-Fronteiras, Comitê de Cidadania contra Fome e a Miséria pela Vida);

Atualmente estão sendo apoiados 58 projetos. Estes atuam basicamente em duas linhas:

- Inserir atividades de prevenção às DST/HIV e aids em programas e projetos dirigidos a populações em situação de pobreza, coordenados por diferentes esferas governamentais; e
- Apoiar iniciativas comunitárias de prevenção promovidas por Organizações da Sociedade Civil. De um modo geral, os projetos incluem o suporte a pessoas sob risco acrescido, identificadas em suas populações-alvo, atendendo-as ou encaminhando-as para projetos e/ou serviços específicos.

Em 1999, iniciamos a construção de um Sistema Informatizado de Monitoramento e Avaliação - M&A para acompanhamento dos projetos. A elaboração deste Sistema tem contado com a participação de diferentes interlocutores, desde especialistas da área de avaliação até coordenadores de projetos. Este sistema deverá estar disponível em abril de 2001, e em plena operação no segundo semestre de 2001.

Níveis Estadual e Municipal

Trabalhar com o enfoque de apoiar e investir em organizações comunitárias como um dos mecanismos de promover melhores condições de saúde para a população empobrecida constitui uma estratégia ainda pouco explorada pelas Coordenações locais de DST/aids. No entanto, o avanço na articulação com diferentes áreas programáticas da saúde, em especial

os programas de atenção básica (PACS/PSF), e também com as Secretarias de Assistência e Desenvolvimento Social têm contribuído para o avanço desta estratégia no âmbito dos estados e municípios.

As repostas das Coordenações Estaduais e Municipais dependem do grau de avanço das políticas sociais implementadas em cada governo. Durante o ano de 2000, 14 Coordenações de DST/aids implantaram ações de apoio a iniciativas comunitárias para intervenção junto à população vivendo em situação de pobreza e 2 apoiaram projetos desenvolvidos em assentamentos urbanos. Até o presente momento (abril de 2001), outras 11 Coordenações estarão desenvolvendo atividades com estas características e estará sendo implementado um projeto em assentamento urbano.

Síntese dos resultados das intervenções desenvolvidas junto a esta população

Principais estratégias desenvolvidas

- Fortalecer as parcerias com diferentes esferas governamentais e não-governamentais (como as Secretarias de Estado de Assistência Social; Comitê de Cidadania contra Fome e a Miséria, pela Vida) visando à construção de planos integrados de trabalho onde as questões de prevenção e assistência em DST/aids sejam contempladas;
- Promover fóruns de discussão com as Coordenações Locais de DST/Aids visando ampliar e aprimorar as ações de prevenção às DST/aids junto a organizações comunitárias, possibilitando a essas comunidades buscar melhores condições de saúde e de acesso a serviços e insumos de prevenção;
- Desenvolver um trabalho articulado a Programas de Saúde da Família e aos Agentes Comunitários de Saúde, de modo a fortalecer a incorporação de ações de prevenção e assistência às DST e HIV/aids na rede de atenção básica;
- Promover metodologias inovadoras de abordagem comunitária para ações de prevenção às DST e HIV/aids. Por exemplo: os "Médicos Sem-Fronteira" foram absorvidos pelo serviço público de saúde das favelas onde atuam. Tal iniciativa constitui um grande avanço, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde, a partir de 2001, passaram a manter contato direto com as associações de moradores e a abastecer os bancos de preservativos implantados no âmbito do processo de trabalho de Organizações da Sociedade Civil (OSC);
- Priorizar a implantação de projetos para populações de alta vulnerabilidade social. Exemplos destes projetos dizem respeito à população negra, aos quilombos, aos moradores de lixões, aos moradores de rua e às pessoas vivendo com HIV/aids vivendo em situação de pobreza;
- Promover a produção de material educativo elaborado pela própria comunidade. Esta é uma metodologia importante no trabalho com populações marginalizadas. A riqueza do processo de confecção do material funciona como uma dinâmica que propicia a reflexão e o empoderamento (empowerment) - condições necessárias para a adoção e sustentação de medidas preventivas;
- Articular metodologias de intervenção e estabelecer sistemas de referência e contra-referência entre projetos de OSC e entre estes projetos e o SUS. Nos projetos dirigidos à população em situação de pobreza cabe identificar indivíduos e populações sob risco acrescido para HIV/aids (mulheres grávidas, profissionais de sexo, UDI, HSH), atendendo suas demandas específicas e/ou encaminhando-os para atendimento nos projetos e/ou serviços de saúde que atuem com estes segmentos populacionais;
- Implantar e ampliar estratégias de marketing social do preservativo. Ao longo de 2000, levou-se a cabo um levantamento sobre iniciativas existentes de marketing social e elaborado um edital para uma concorrência internacional nessa área. Prevê-se a implantação de projetos-piloto com organizações da sociedade civil interessadas, visando à ampliação de estratégias de acesso ao preservativo;

- Estimular a implantação de "bancos de preservativos", de acordo com as iniciativas cooperativas supra-mencionados, administrados diretamente pelas organizações comunitárias.

Principais Dificuldades, Avanços e Sustentabilidade

Em relação à superação das dificuldades e criação de condições para sustentabilidade das ações, persistem alguns desafios

- É necessário intensificar esforços para aumentar o acesso aos insumos de prevenção na atenção básica. Merece ainda especial atenção o aprimoramento de uma política de distribuição de preservativos por parte das Unidades Básicas de Saúde;
- A realização de trabalhos em parceria com Ministérios da Educação e da Assistência Social, a Comunidade Solidária e o "Programa Alvorada" - recém-lançado pela Presidência - vem crescendo a cada ano. Porém, é necessária a formalização de um compromisso político mais sólido, como através da publicação de portaria que venha a definir o desenvolvimento de projetos e programas da área social com a incorporação de ações de DST/aids;
- Outro desafio é ampliar as iniciativas das Coordenações Municipais e Estaduais em identificar os municípios com maiores taxas de incidência na população de menor nível de escolaridade e piores condições socioeconômicas, visando à elaboração de uma estratégia que contemple ações específicas, dirigidas a esta população. É fundamental que estas ações priorizem as estratégias comunitárias de prevenção (de modo a reforçar as parcerias entre organizações comunitárias e serviços básicos de saúde), ampliando-as e fortalecendo-as. Como exemplos destas iniciativas podemos citar: a capacitação de agentes multiplicadores, o estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência para o diagnóstico e tratamento de DST/HIV/aids e ampliação do acesso aos insumos de prevenção.

GRUPO POPULACIONAL VULNERÁVEL
CRIANÇA, ADOLESCENTE E JOVENS

Estimativa Populacional: De acordo com dados preliminares do Censo 2000, 68. 803.905 brasileiros tem de 5 a 24 anos (IBGE)

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001	Principais resultados sobre HIV e DST (com citação das fontes)
Crianças e adolescentes informados por meio dos professores do Ensino Fundamental e médio da rede pública treinados/aperfeiçoados em programas educativos à distância e por meio do ensino presencial	54.934 professores treinados 8.663.941 alunos atingidos (estima-se 40 alunos atingidos para cada professor treinado) 16 Secretarias Estaduais de Educação e 16 Secretarias Estaduais de Saúde envolvidas	6% dos alunos atingidos base: 39.462.243 alunos da rede pública do ensino médio e fundamental matriculados, segundo o censo MEC ano base 99	20.000 professores treinados direta e indiretamente 870.000 alunos atingidos 11 Secretarias Estaduais de Educação e 11 Secretarias Estaduais de Saúde envolvidas 11 novos projetos implantados	2,2% dos alunos atingidos no ano base: 39.462.243 alunos da rede pública do ensino médio e fundamental matriculados, segundo o censo MEC ano base 99	Os programas televisivos são levados ao ar no segundo semestre Implementação dos 11 novos projetos Escolas	20.000 professores treinados 800.000 alunos atingidos	37,1% prevalência Aids/HIV X 100.000 (taxa)
Site Adolesite para adolescentes e jovens			Implantação do Site Média de 2.300 acessos por dia 576.000 acessos até dezembro de 2000			600.000	

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001	Principais resultados sobre HIV e DST (com citação das fontes)
Crianças e adolescentes sob maior risco informados sobre prevenção de DST Aids e Uso de drogas	*398 educadores de rua treinados* 4.850 meninos e meninas em situação de rua acessados	Não há estimativa confiável As estimativas variam de 585 mil crianças e adolescentes em situação de rua a cifras na casa dos milhões	225 educadores de rua treinados 5.000 meninos e meninas em situação de rua acessados		Elaboração de projeto nacional para ser desenvolvido nos 27 estados	6.700 para meninos e meninas em situação de rua	2,5% meninos 9,3% meninas n= 4.000 fonte: FEBEM/SP
Crianças, adolescentes e jovens informados sobre prevenção de DST Aids e uso de drogas por meio de ONG, Universidades e Governos Municipais	15 projetos implantados 497.715 pessoas		39 projetos implantados para serem executados em 2000/2001 30 projetos aprovados em concorrência descentralizada		08 projetos implantados para serem executados em 2001	90.000	
800.000 jovens de 18 anos que se apresentam para seleção do serviço militar, informados e tendo recebido	800.000 jovens tendo recebido, anualmente, folhetos e preservativos (um por jovem) por ocasião da seleção	800.000 jovens de 18 anos.	800.000 jovens tendo recebido folhetos e preservativos por ocasião da seleção.	800.000 jovens informados 580.000 preservativos distribuídos, priorizadas as unidades capacitadas, por falta do insumo.	A seleção será feita em junho	800.000 serão informados e receberão preservativos	

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001	Principais resultados sobre HIV e DST (com citação das fontes)
80.000 jovens de 18 a 22 anos, que prestam serviço militar obrigatório, informados sobre prevenção de DST/HIV/Aids e uso indevido de drogas e tendo recebido – regularmente – preservativos durante cerca dos 11 meses do serviço.	Oficiais, encarregados dos conscritos, formados como " agentes multiplicadores" , isto é, como instrutores capacitados a informar sobre prevenção das DST e aids, distribuir materiais e preservativos; preservativos distribuídos pelos serviços de saúde ou oficiais monitores; 50 oficiais de escolas militares capacitados a inserir em seus programas pedagógicos informações sobre as DST e aids.	161 oficiais capacitados para informação e prevenção; 7.000.000 preservativos/80.000 jovens do contingente variável = 88/11 meses de serviço = 8 preserv.mês. Oficiais professores de escolas militares treinados	62 oficiais, encarregados de instrução dos conscritos, formados como " agentes multiplicadores" , isto é, como instrutores capacitados a informar os conscritos sobre a prevenção das DST e aids, distribuir materiais e preservativos; 60 oficiais de escolas militares capacitados a inserir em seus programas pedagógicos informações sobre as DST e aids	62 oficiais professores capacitados para prevenção em escolas militares; 7.000.000 preservativos/80.000 jovens do contingente variável = 88/11 meses de serviço = 8 preserv.mês. 60 professores de escolas militares	Desde janeiro preservativos são distribuídos média de 2 por semana. Ao fim do ano 80.000 terão sido informados 7.000.000 preservativos terão sido distribuídos.	80.000 conscritos informados e recebendo preservativos 7.000.000 preservativos ano, média de 88 por conscrito, 8 por mês em serviço de 11 meses.	140.000 militares de carreira 80.000 recrutas 80.000 conscritos NB Em 2001 a estratégia em negociação com o Comando do Exército (cobertura a ser definida) é a inserção da prevenção das DST e aids nas estruturas regulares de formação e treinamento do órgão

Situação Atual

Box 4

As ações de prevenção dirigidas à população de crianças, adolescentes e adultos jovens são estratégicas para o controle da epidemia da aids no Brasil, cujas características demográficas evidenciam uma grande concentração populacional na faixa etária com menos de 24 anos. A estimativa populacional dos indivíduos de 5 a 24 anos é de 68.803.905 pessoas, ou seja, 41% da população residente do País.

Uma dimensão adicional da questão é que as novas coortes etárias definirão a dinâmica futura da epidemia no Brasil, não apenas em função de sua magnitude, mas também devido a questões no âmbito da psicologia individual e coletiva. As gerações anteriores se viram surpreendidas pela emergência da questão da aids na década de 80, tendo, na maioria das vezes, de alterar seus comportamentos no sentido (espera-se) de práticas mais seguros. No momento, as pessoas nascidas naquele período - já no contexto da epidemia de aids - são adolescentes e adultos jovens, pessoas em um momento de suas vidas onde têm lugar parte substancial das interações sexuais, quando se aguça a curiosidade em torno das drogas, lícitas e ilícitas e quando se põem em questão muitos dos comportamentos e valores das gerações anteriores.

A definição de uma "cultura" de proteção às DST HIV/aids que, de fato, permeie os diferentes segmentos e grupos de adolescentes e adultos jovens é fundamental, no sentido de (re)definir, desta forma, as regras de interação sexual e social, e fazer com que as influências dos pares sobre cada indivíduo ou grupo se dêem no sentido de informações consistentes sobre essas questões e práticas mais seguras.

Nos dias atuais, 36 milhões de alunos estão matriculados no ensino fundamental (1ª a 8ª séries) e 7,8 milhões de alunos no Ensino Médio. 52,2 milhões de alunos estão matriculados na Educação Básica (Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Educação de Jovens e Adultos e Educação Especial), em 215 mil escolas da rede pública e privada. Estima-se que exista 1,8 milhão de professores na Educação Básica e que 95% dos jovens entre 7 e 14 anos freqüentem a escola. Esta proporção é substancialmente menor nas faixas etárias mais velhas, estima-se que 76,5% dos jovens entre 15 e 17 anos freqüentem a escola.

Há, hoje, 31.285 adolescentes autores de atos infracionais, cumprindo Medidas Socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e Adolescente, Lei 6001/90: Prestação de Serviços à Comunidade - 6.705, Liberdade Assistida - 15.917, Semi-Liberdade - 1.654 e Internação - 7.009.

A faixa etária de 20 a 29 anos é uma das que concentram, no momento atual, o maior número de casos de aids no País, apontando para o elevado risco de infecção entre adolescentes e adultos jovens, que, muito provavelmente, se infectaram 8-10 anos antes, ou seja, quando iniciavam a adolescência ou a vida adulta.

Nível Federal

A Coordenação Nacional de DST e Aids atua na perspectiva de garantir que as ações integradas no âmbito de diferentes níveis de governo e agências com competência distinta fortaleçam todas as iniciativas que visem ao enfrentamento da epidemia. Para tanto, é necessário investir no estabelecimento de parcerias intra e interministeriais. No que diz respeito às parcerias intraministeriais, houve um estreitamento significativo com a área técnica da saúde do adolescente, que vem participando efetivamente das diferentes iniciativas, compartilhando recursos humanos, materiais e financeiros para as ações desenvolvidas.

A área da Saúde da Mulher também contribuiu no âmbito das ações relacionadas à disponibilização de insumos de prevenção. A Unidade de Prevenção esteve presente no processo de elaboração de propostas conduzidas pela área técnica de Promoção da Saúde. Pode-se destacar ainda a participação do serviço: Disque Saúde Pergunte Aids, atuante nos encontros onde são estabelecidas estratégias de descentralização e sustentabilidade das Unidades Federais.

A escola constitui instância privilegiada das iniciativas referentes à promoção da saúde e à prevenção das DST/aids e do uso de drogas. O êxito das atividades desenvolvidas neste cenário está diretamente relacionado ao grau de envolvimento

do Ministério da Educação. Para tanto, foi estabelecida uma parceria por meio da qual a Coordenação propôs a inserção do tema prevenção das DST/aids e uso de drogas no Programa "Um Salto para o Futuro". Este programa consiste em capacitação a distância a partir dos critérios sugeridos pelos Parâmetros Curriculares Nacionais e pela Lei de Diretrizes e Base da Educação e é destinado a professores do Ensino Fundamental e Médio. É transmitido em canal fechado, ao vivo, com a participação dos "telecursistas" (por e-mail, telefone e fax), que trazem suas dúvidas e apresentam trabalhos desenvolvidos com os alunos, ou, ao longo de todo o ano, em reprise, nos canais abertos de televisão.

A Coordenação Nacional de DST/AIDS conta ainda com a participação de técnicos do Ministério da Educação no Grupo Matricial e nas articulações técnico-políticas implementadas nos estados e Municípios.

Com o Ministério da Justiça, a Secretaria de Previdência e Assistência Social e a Secretaria Nacional Anti-Drogas, as ações em parceria são ainda pontuais, mas, têm em vista, em um horizonte mais amplo, uma efetiva sistematização, em atenção às diretrizes do Programa de Governo "Avança Brasil", gerenciado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Tais atividades têm como objetivo melhorar o desempenho de projetos prioritários para o desenvolvimento econômico e social do País, tendo como população-alvo os adolescentes na faixa etária de 15 a 24 anos.

Está hoje em processo de elaboração e formulação, em colaboração com a área técnica do Ministério da Justiça, a definição de uma estratégia conjunta com o Sistema Estadual de Atendimento das Medidas Sócio-educativas. É imprescindível contar neste processo com a participação dos Fóruns dos dirigentes estaduais do Sistema e com as representações do CONANDA - Conselho Nacional de Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes. Um aspecto que necessita de aprofundamento diz respeito à garantia de acesso a preservativos para os adolescentes que cumprem medida de privação de liberdade.

Ao final deste capítulo serão apresentadas as ações desenvolvidas em colaboração com as Forças Armadas, uma vez que estas compreendem grande população na faixa etária atendida por este segmento: os jovens das escolas militares (Ensino Médio e Fundamental) e os conscritos do serviço militar obrigatório.

Considera-se, ainda, a distribuição de preservativos uma atividade do âmbito federal, uma vez que sua aquisição foi efetuada pelo Ministério da Saúde, sendo os mesmos disponibilizados para os Estados. Entre 2000 e 2001, foi feita uma distribuição de preservativos para a rede pública de saúde, 4.798.512 deles, em 2000, e 2.509.488, em 2001. Tais insumos são utilizados nos programas de planejamento familiar e nas ações de prevenção desenvolvidas pelos projetos.

É importante destacar que as organizações não-governamentais vêm participando ativamente de todas as interlocuções realizadas.

Níveis Estadual e Municipal

Seguindo a premissa de descentralização, a Coordenação Nacional de DST/Aids vem envidando esforços de toda natureza para que os estados e Municípios possam assumir, com segurança e preservando a qualidade dos serviços, as ações destinadas à prevenção das DST/aids e uso de drogas.

Neste sentido, foram desenvolvidos projetos de fomento em parceria com as Secretarias Estaduais de Educação e Saúde nos 27 Estados da Federação, voltados para a formação de professores e alunos como agentes multiplicadores. Em todos estes projetos há a participação das equipes técnicas das Secretarias Estaduais de Educação e Secretarias Estaduais de Saúde, além de diversos outros parceiros que já vêm contribuindo com o trabalho de prevenção nas escolas, tais como as universidades e diferentes ONG.

Ressaltamos a discussão e elaboração de um projeto nacional em parceria com o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), que será desenvolvido com a participação de todas as Secretarias Estaduais de Saúde, unificando estratégias e utilizando materiais já produzidos na capacitação de educadores de rua e de crianças e adolescentes em situação de maior risco social. O projeto dará ênfase à capacitação de profissionais de saúde que atuam no âmbito do SUS com vistas num atendimento mais adequado, incluindo estratégias de adesão ao tratamento medicamentosos por parte das crianças e adolescentes em situação de rua.

Foram implantados 50 projetos em todo o País, principalmente, em parceria com ONG. Estas organizações, em sua maioria, priorizam a população de crianças e adolescentes em situação de risco social. Estas atividades foram desenvolvidas a partir do segundo semestre do ano 2000 e durante 2001.

Mobilização Social

Em relação ao estímulo à mobilização da sociedade civil para o enfrentamento das DST/aids e das conseqüências adversas do uso indevido de drogas, são estabelecidas parcerias e incentivadas iniciativas autônomas e sustentáveis de ações objetivando a prevenção, a intervenção e a formulação de políticas públicas e produção de materiais de IEC.

Em conjunto com os parceiros do Grupo Matricial de Crianças e Adolescentes foram realizados 5 fóruns regionais para discutir a implementação da Agenda de Compromisso do referido grupo. Contou-se com a participação de 300 instituições governamentais e não-governamentais, além de profissionais e adolescentes de todos os 27 Estados. O objetivo principal destes encontros foi promover a articulação política entre os diversos atores estratégicos do Setor Público e da Sociedade Civil no que se refere às ações de prevenção das DST/aids e do uso de drogas entre esta população.

Em parceria com a ANDI - Agência de Notíciais dos Direitos da Infância, Unesco, Unicef, UNDCP e Instituto Airton Senna, foi realizado o Seminário Os Jovens na Mídia: O Desafio da Aids - camisinha, uso indevido de drogas e mudança de comportamento, com a participação de jornalistas, adolescentes e especialistas nas áreas de mídia e prevenção de DST/aids, possibilitando aos jornalistas aprofundar a discussão sobre o tratamento editorial das questões relacionadas a prevenção.

A Coordenação Nacional de DST/Aids, por meio das suas Unidades de Assistência, Epidemiologia, Sociedade Civil e Direitos Humanos e da Assessoria de Comunicação, vem produzindo e reproduzindo materiais diversos que são distribuídos para todas as Secretarias Estaduais de Saúde e escolas do Ensino Fundamental. Estes materiais são destinados a ações de capacitação realizadas pelos "Projetos Escola", e são parte integrante de outras atividades preventivas e de reforço de campanhas.

Durante o ano de 2000 foram produzidos e distribuídos para todos os estados:

- 1 milhão de exemplares do Jornal Radical. Este jornal é parte de uma série produzida por uma ONG, com a participação de adolescentes e versa sobre temas específicos da esfera da sexualidade e saúde reprodutiva;
- 16.800 kits de vídeo. Estes kits contêm três coleções, com, respectivamente, 3 e 8 fitas de vídeo-cassete, apresentando trabalhos bem-sucedidos e sugestões de atividades. Compõe ainda este kit Manuais, com textos sobre o tema. Foram produzidos um total de 21.251 Manuais;
- 20.000 álbuns que abordam o tema da vulnerabilidade às DST/aids e temas correlatos. Este material foi produzido em parceria com uma ONG que atua diretamente em escolas;
- 2.000 livros que apresentam as diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes utilizados pela Coordenação Nacional de DST/Aids;
- 1.080.000 encartes da revista Ciência Hoje para Crianças (de 7 a 12 anos). A revista se caracteriza como um material paradidático. É distribuída pelo Ministério da Educação e FNDE para 60.000 escolas do Ensino Fundamental, com tiragem de 180.000 exemplares mensais para as escolas e 20.000 exemplares destinados a vendas em bancas de revistas, assinaturas, ONG e instituições governamentais;
- 5.000 Manuais do Multiplicador Adolescente - que contém sugestões de atividades/oficinas para serem desenvolvidas com adolescentes, jovens e profissionais que atuam com esta população;
- 3.000 Manuais Os Jovens na Mídia - subsídio para profissionais da mídia jovem;
- 5.000 bonecas Gertrudes e 5.000 bonecos Gervásio - material educativo para oficinas sobre sexualidade e prevenção

Principais Dificuldades

As principais dificuldades identificadas durante o período de execução dessas ações foram:

- Baixa articulação política com Instituições Federais e locais visando garantir a participação dessas instituições em ações de prevenção e controle das DST/Aids e uso indevido de drogas;
- Inabilidade dos gestores nas instituições estaduais e municipais em administrar os projetos;
- Indefinição do Ministério da Educação quanto a implantação de programas de educação continuada de professores do ensino fundamental e médio que incorporem os temas Transversais Saúde e Orientação Sexual dos Parâmetros Curriculares Nacionais.

Principais Avanços

- Maior articulação entre as diferentes estratégias de prevenção nas escolas, reunindo as intervenções realizadas através do ensino a distância e presenciais;
- Organização dos Fóruns Regionais por parte do Grupo Matricial, buscando promover a articulação entre as diversas instâncias que atuam na área, com a assinatura da Agenda de Compromisso;
- Estruturação do sistema de avaliação e supervisão;
- Articulação dos "Projetos Escola" em 11 Estados que não haviam sido anteriormente contemplados com estes projetos , ampliando de 16 para 27 os Estados com projetos já implantados/em implantação;
- Aumento da cobertura das ações de prevenção às crianças e adolescentes sob maior risco social e/ou trabalhadores.

Sustentabilidade

A estratégia de estabelecer convênios com as Secretarias Estaduais de Educação aponta para a sustentabilidade do conjunto de iniciativas desenvolvidas, a medida que fomenta a criação de programas estaduais e a definição de equipes técnicas consolidadas dentro da estrutura interna das Secretarias Estaduais de Educação, incorporando conteúdos relativos à prevenção de DST/aids e uso de drogas. Estas ações cooperativas têm se refletido na capacitação continuada de professores, produção de materiais e inclusão das temáticas nos currículos escolares estaduais, possibilitando uma cobertura cada vez mais ampla das escolas do Ensino Fundamental e Médio da rede pública. Exemplos concretos neste sentido podem ser observados nos Estados de Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Ceará.

Em alguns Estados, embora não haja propriamente um programa estadual, existem equipes técnicas nas Secretarias de Educação que coordenam estas ações. A demanda existente por parte das escolas tem pressionado para que um número expressivo de municípios adote diferentes estratégias, incluindo a capacitação de professores e a disponibilização de materiais educativos e instrucionais. Podemos mencionar, como exemplo desta perspectiva de atuação, os Estados de Mato Grosso, Pará, Bahia, Pernambuco e Mato Grosso do Sul.

Com relação a Crianças e Adolescentes em situação de maior risco social, as parcerias da CN estão mais consolidadas com as diferentes ONG. A partir do Projeto Nacional a ser desenvolvido em todos os Estados com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde, busca-se obter condições mais favoráveis que garantam a institucionalização e a continuidade das ações junto a esta população.

Os projetos em parceria com a sociedade civil, que dão continuidade a ações anteriormente desenvolvidas, têm sido aprovados levando em conta o critério da sustentabilidade. As organizações são orientadas para a busca de novos parceiros, estreitamento das relações com as estruturas estaduais e municipais de saúde e para que operem com um diminuição proporcional do aporte de recursos financeiros federais (frente às demais fontes de recursos).

Forças Armadas

Parte essencial da institucionalização das ações de prevenção a serem desenvolvidas junto aos jovens cabe aos esforços conjuntos da Coordenação Nacional e das Forças Armadas.

As Forças Armadas, notadamente o Exército, acolhem jovens em seus colégios e escolas e recebem os conscritos para o serviço militar obrigatório.

Os colégios militares incluem adolescentes de 10 a 17 anos (15.221 alunos), as escolas de cadetes jovens de 18/19 anos e as escolas de formação militar adultos jovens de 18 a 22 anos (6.923 alunos). Estes estabelecimentos tiveram seus educadores treinados (60 professores), em cooperação com a CN DST/AIDS, e vêm recebendo materiais instrucionais idênticos aos distribuídos aos demais estudantes da rede pública e privada.

Anualmente, são convocados 800.000 jovens de 18 anos para a seleção ao serviço militar. Ocasião especial de distribuição de materiais informativos (revista e vídeo "DST/AIDS na Mira") e preservativos. Ao final da seleção, cerca de 80.000 rapazes são incorporados ao serviço militar obrigatório. Este grupo é acompanhado por oficiais treinados pela CN, contando-se atualmente com cerca de 220 agentes no âmbito do oficialato, que recebem materiais educativos e mais de 7.000.000 de preservativos, o que corresponde a uma média de 8 preservativos/mês.

As dificuldades nos empreendimentos comuns com as corporações militares eram representadas pela política - em franca reformulação - de proceder a testes anti-HIV compulsórios e reformar quadros soropositivos (militares infectados pelo HIV). Com as mudanças que vêm se efetivando quanto a essa política, a colaboração dessas Forças na assistência a populações ribeirinhas (descritas em outro capítulo) e a intensa participação de oficiais do Exército brasileiro em encontros nacionais e internacionais sobre HIV, a integração com as Forças Armadas tende a se desenvolver e ampliar.

O desafio do momento é a inserção da política de prevenção e assistência nos procedimentos regulares das corporações militares. Encontros da CN com os Comandos de Educação, Instrução e Saúde do Exército (tendo em vista uma maior institucionalização das ações de prevenção) estão em negociação desde que diminuíram as resistências às recomendações do Ministério da Saúde sobre testagem voluntária e a não-reforma automática de militares HIV-positivos.

GRUPO POPULACIONAL VULNERÁVEL
LOCAL DE TRABALHO

Estimativa Populacional: estima-se que a população economicamente ativa (PEA) do Brasil seja equivalente a 77 milhões de pessoas, com diferentes inserções profissionais e atividades, que vão de um contingente expressivamente menor de assalariados (26 milhões) a pessoas com ocupações informais, autônomas, descontínuas, ou mesmo desocupadas, cuja quantificação é bastante mais precária e imprecisa.

PRODUTO	98/99	COBERTURA	2000	COBERTURA	JANEIRO A MARÇO DE 2001	COBERTURA ESTIMADA PARA 2001	PRINCIPAIS RESULTADOS
Projetos de prevenção de DST, Aids e uso indevido de drogas entre trabalhadores	Apoio a 12 projetos executados em empresas por meio de sindicatos ou órgãos do sistema "S" (SENAI etc) (DF 3; SC 2; BA 1; MG 1; SP 5)	*Cerca de 160.000 trabalhadores*	Continuidade de 12 + 4=16 projetos. Novos: CE 1; RJ 1 e SP 2.	170.000	16 projetos, cerca de 40.000 trabalhadores atingidos por intervenções.	170.000	Uso do preservativo n = 4567 trabalha dores 47,1 nunca usa 19,4 sempre usa 13,7 nas rel. extraconjugais 19,7 usa às vezes *Fonte: SESI/CN-DST/AIDS*
Trabalhadores tendo recebido materiais e informações sobre práticas seguras em campanhas locais ou nacionais	Campanhas realizadas por empresas, sindicatos e órgãos do sistema "S". Publicação de manual do multiplicador	4.000.000 de trabalhadores 10.000 exemplares do manual, do Multiplicador, para reforçar ações de prevenção em 200 empresas.	*Campanhas informativas realizadas por sindicatos, sistema "S" e empresas: carnaval, dia dos namorados, primeiro de maio e primeiro de dezembro.*	*Cerca de 11.000.000 de preservativos distribuídos*	Campanhas informativas realizadas por sindicatos, sistema "S" e empresas por ocasião do carnaval, dia da mulher, dia dos namorados, primeiro de maio e 1º de dezembro	Cerca de 11.000.000 preservativos serão distribuídos para 4.000.000 de trabalhadores	

Inclusão da prevenção das DST e Aids na programação regular das empresas, sindicatos e do sistema "S"; distribuição de preservativo na cesta básica.			Realização de seminários com empresas e centrais sindicais (CGT, CUT e FS) preservativo na cesta básica do trabalhador.	Mobilização de organizações que filiam 8.000.000 de trabalhadores	Reuniões de trabalho entre centrais sindicais e órgãos do sistema " S" (notadamente SESI, SESC, SENAC, SEST,) e secretarias de saúde, com a tarefa de traçar estratégias de institucionalização, sustentabilidade e descentralização	Grupos de trabalho interinstitucionais em SP, RS, RJ e sc, PR, PE.	
Reforçar a parceria entre governo e empresas na prevenção das DST e Aids	Criação do conselho Empresarial Nacional	1 Conselho Nacional Empresarial com 24 empresas criados	Criação do Conselho Empresarial do Mercosul Criação de conselhos empresariais dos estados do RJ e PE.	1 conselho regional para o cone sul; 3 conselhos estaduais	No âmbito do Conselho Empresarial, criação de grupos de trabalho de comunicação, direitos, informação científica, produção de materiais educativos; Desenho de plano de extensão das ações às pequenas e médias empresas.	Campanha de carnaval interna e externa às empresas com cobertura de cerca de 1.000.000 de pessoas.	

Situação Atual

Dados recentes, do Ministério do Trabalho, apontam para um contingente de apenas 26 milhões de empregados com vínculo trabalhista formal entre a população economicamente ativa (dos 15 aos 60 anos) que gira em torno de 77 milhões. Destes, cerca de 22 milhões estão formalmente empregados pelo setor privado e 4 milhões pelo serviço público (estatutários e celetistas contratados pela administração pública - CLT: Consolidação das Leis do Trabalho), membros das forças armadas, além de empregados domésticos. Cercam de 50 milhões de pessoas ou são autônomos, ou microempresários, ou trabalham no setor informal da economia, com inserções diversas. Há também grande contingente de desempregados, (cerca de 12% conforme a fonte ou critério de busca de emprego) além dos que não procuram emprego por se inserirem na economia como apoio a empreendimentos familiares (as chamadas donas de casa, adolescentes que ajudam em empreendimentos domésticos, criações de "fundo de quintal etc). Os dados sobre esse último segmento são apenas estimativos.

Nos primeiros anos de parceria com ONG e empresas, foram desenvolvidas ações promovendo a defesa de direitos, estimulou-se a luta contra o preconceito e a promoção de melhores práticas, com a realização de campanhas e oficinas em todo o País. Estas atividades, entre outras, propiciaram uma gradual mudança cultural a respeito da aids no local de trabalho.

Atualmente, com o objetivo de atingir de maneira sustentável o trabalhador de pequenas e médias empresas, vem sendo estimulada a institucionalização desse trabalho, principalmente por meio de sua inserção nos programas regulares dos órgãos do sistema "S" (notadamente SESI, SESC, SENAC e SEST), que recolhe cerca de 2,5% da massa salarial das empresas para prestar serviços de educação e saúde aos trabalhadores.

As centrais sindicais, ao lado dos projetos em execução na área específica das DST e HIV/aids, têm sido estimuladas a incluir esses temas em seus programas regulares de treinamento, segurança no trabalho e informação em saúde, financiados pelo FAT (Fundo de Atendimento ao Trabalhador).

Níveis estadual e municipal

Dentre os Planos Operativos Anuais das Organizações Governamentais (177), 50 mencionam a prevenção em local de trabalho como atividade, em 2000, e 45, em 2001.

Estados como RS, PR, RJ, SC e SP já vêm desenvolvendo programas de integração com centrais sindicais (SESI, SENAC, SESC). Em São Paulo, foi criado um grupo de trabalho com este propósito, baseado no modelo de cooperação com o SEST/SENAT (Serviços Sociais e de Aprendizagem para Trabalhadores do Transporte) para trabalhar com caminhoneiros. Cada posto do SEST/SENAT elaborou seu projeto de prevenção sem o aporte de recursos financeiros, porém com amplo apoio das regionais de saúde ou municípios.

Mobilização Social

Um indicador favorável sobre a mobilização pela saúde entre trabalhadores de diferentes categorias profissionais é a solicitação, por parte das centrais sindicais, de incluir preservativos na cesta básica e a demanda por orientação das autoridades locais de saúde em como lidar com as DST e HIV/aids em seus programas educativos, financiados pelo FAT.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde

Houve uma ampliação das atividades ligadas à prevenção/assistência à aids no local de trabalho em diversas empresas, pequenas e médias. Porém, para que sejam atendidos os trabalhadores da grande maioria de empresas (que não mantêm convênios privados), a integração com o SUS se torna crucial. Uma das estratégias para 2001 é a integração dos programas do sistema "S" com os sindicatos e serviços de saúde locais.

Quanto à testagem para HIV

Na fase inicial de implantação de atividades de prevenção/assistência no local de trabalho foi enfatizada a necessidade de luta contra testes admissionais anti-HIV. No momento, são raros os registros de iniciativas desta natureza e os trabalhos se voltam mais para promoção de direito ao aconselhamento e à testagem voluntária. Concretamente, esse direito deverá ser promovido por meio do estímulo a uma maior integração entre programas permanentes em empresas e órgãos patronais/sindicais e os serviços de saúde locais. Em Minas Gerais (João Monlevade) e São Paulo (em todo o Estado), os projetos com trabalhadores dos transportes estão intimamente ligados aos serviços de testagem anônima.

Análise das respostas, com ênfase nos produtos e resultados

Principais estratégias

A busca de sustentabilidade por meio de contribuições financeiras de empresas a projetos de prevenção visa estimular uma maior mobilização social. No entanto, diante dos enormes problemas com que se defronta o País, e da magnitude da sua população, essa contribuição só será, de fato, eficaz se for institucionalizada. O sistema "S" precisa absorver a tecnologia acumulada pela CN, Coordenações Locais e ONG ligadas às DST e aids. A contribuição decisiva das empresas deve se dar principalmente por este canal institucional, e não a partir de demandas pontuais de financiamento.

Resultados

Começaram a ser instalados em 2001 alguns grupos de trabalho com a tarefa de inserir a questão das DST-HIV/aids nos programas de órgãos permanentes, com a missão de atender o trabalhador (o supracitado sistema "S" e os sindicatos).

Principais dificuldades e avanços

Penetrar na cultura empresarial com a linguagem de profissionais ou militantes da luta contra a aids foi certamente difícil. Vencida a primeira etapa contra preconceitos mais evidentes, cabe atender aos trabalhadores pela plena utilização dos programas profissionais dos órgãos de formação do trabalhador. O processo, em curso, iniciado em 2000, e que deverá se desdobrar e gerar resultados concretos já em 2001, compreende o reforço das parcerias com sindicatos e o sistema "S".

Sustentabilidade

Para atingir de maneira sustentável a massa de trabalhadores de pequenas e médias empresas, deve-se inserir a questão das DST e HIV/aids nos programa regulares dos órgãos do sistema de saúde.

Atual

O trabalho de prevenção nas grandes empresas que participam do Conselho Empresarial é sustentável e pode se estender a organizações semelhantes. A sustentabilidade da prevenção em pequenas e médias empresas, que vivem realidades muito distintas, depende do sucesso da estratégia atual de institucionalização de programas de atenção às DST e aids em órgãos cuja missão é atender às demandas dessa faixa empresarial.

Situação no SUS

A institucionalização preconizada pelo nível federal só ocorrerá com a efetiva integração dos serviços de assistência e educação ao trabalhador com o SUS.

Sugestões

O modelo de descentralização e institucionalização das ações de prevenção e assistência por meio do SEST/SENAT (que lida com os caminhoneiros) poderia ser generalizado para o trato com os trabalhadores de um modo geral.

GRUPO POPULACIONAL VULNERÁVEL
POVOS INDÍGENAS

Estimativa Populacional: Estima-se existirem hoje 350.000 índios, pertencentes a 250 diferentes povos (Censo realizado pela FUNASA, MS)

Outros dados:

Línguas indígenas identificadas: 170

Investimento FUNASA: R$ 106 milhões (ano de 2000)

Distritos Sanitários Especiais: 34

Agentes de saúde indígenas: 1545 (com previsão, até 2002, de 2644 AIS)

Prevalência da aids: foram notificados, até o momento, 39 casos entre indígenas, o que corresponderia a uma prevalência global de 11,1/ 100.000

Produto	98/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001	Principais resultados - DST/HIV/Aids
1 - Apoio a projetos	1998 - 27 projetos 1999 - 11 projetos	97.702 índios (30,2%)	14 projetos	N= 323.000 193.800 (60,0%)	N= 350.000 203.490 (58,1%)	N= 350.000 258.400 (74,0%)	Não há informações consolidadas para o país, mas por DSEI:
2 - Material educativo	1 vídeo (02 fitas) 1 manual DST/Aids 1 álbum seriado	32 DSEI (100%) 27 CE-AIDS (100%) 100% DAS ONG CONVENIADAS	1 doc. diretrizes	100% DSEI 100% ONG 100% CE	1 livro-texto		

Situação Atual

Nível Federal

A Lei Nº. 9.836, de 23 de dezembro de 1999, dispõe sobre: promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento do sistema de atenção à saúde indígena, instituindo no SUS o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Esse instrumento legal formaliza a relação da esfera Federal com Estados, Municípios e ONG. Compete à União, com recursos próprios, financiar o subsistema de atenção à saúde indígena. Aos Estados, Municípios e ONG, compete uma atuação complementar no custeio e execução destas ações.

A população indígena no Brasil é estimada em torno de 350 mil pessoas, 280 mil das quais vivendo em aldeias, distribuídas em mais de quinhentas terras indígenas, que ocupam cerca de 11% do território nacional. A maior parte dessas terras localiza-se nas regiões Norte e Centro-Oeste, que agregam 60% da população indígena. Os 40% restantes estão distribuídos em pequenas áreas do Nordeste, Sul e Sudeste, muitas destas ainda não demarcadas e/ou homologadas. Quanto à saúde desta população, o processo em curso, que prevê a organização de um

modelo assistencial diferenciado (com base nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI), constitui um grande avanço quanto à prespectiva de melhoria das suas condições de saúde. Esse avanço também se reflete no processo de coesão interna das atividades de prevenção às DST/HIV/aids. O modelo de atenção anterior, baseado em uma dicotomia de ações e responsabilidades - onde a FUNASA era responsável pela prevenção e a FUNAI pela assistência -, criava inúmeras dificuldades na implantação de programas de prevenção nas comunidades indígenas. A transferência (em outubro de 1999), para o Ministério da Saúde/FUNASA das ações antes executadas pela FUNAI, contribuiu para uma maior integração e criou condições concretas para a sustentabilidade das ações de prevenção às IST/HIV/aids.

O número de casos de DST e de aids na população indígena está diretamente associado aos diferenciais de risco e vulnerabilidade, os quais nem sempre estão associados a comportamentos e/ou adoção de práticas sexuais inseguras. Tais diferenciais de risco constituem práticas socioculturais relacionadas a: estruturas de parentesco e arranjos sexuais do grupo (sistemas matrilinear ou patrilinear), aleitamento cruzado, ritos de iniciação e de passagem e concepções/representações sobre o corpo e a doença. A ruptura dessas estruturas, causada pelo contato com a sociedade envolvente, determina um diferencial de vulnerabilidade, que pode propiciar a exposição a novas doenças e/ou problemas sociais. Em relação à vulnerabilidade é necessário considerar situações de maior exposição a riscos, tais como: interação da população indígena com o garimpo e pessoas envolvidas em atividades de extração de madeira e outros produtos em suas terras; construção de barragens, estradas e projetos agropecuários e de turismo; inter-relações em terras indígenas situadas em regiões de fronteira; presença de organizações religiosas e militares em terras indígenas; padrões de interação social das populações indígenas assentadas em áreas urbanas; entre outros fatores de vulnerabilidade.

Foram notificados até o momento, 39 casos de aids na população indígena. Existe uma mudança significativa na tendência da epidemia nesta população específica, quando comparada com aquela vigente quando dos primeiros casos notificados. Inicialmente, a epidemia atingia índios que viviam nas cidades e só retornavam à comunidade quando adoeciam.

A partir de 1996, o surgimento de casos em índios aldeados fez com que se pensasse em novas estratégias de prevenção. Foram então priorizados grupos de maior mobilidade, lideranças, organizações de mulheres índias e os trabalhos com agentes indígenas de saúde. Cerca de 50% dos casos de aids entre os índios estão incluídos na faixa etária de 15 a 29 anos e, aproximadamente, 30% dos casos estão localizados na região Norte, o que reforça a tese de que estar, em curso, um processo de interiorização da epidemia, seja na população de um modo geral, seja nesta população específica. Este processo de progressiva interiorização reforça a necessidade de uma maior integração dos DSEI com as atividades desenvolvidas pela CN-DST/AIDS e pelos programas dos estados e municípios.

Por outro lado, não se pode esquecer que um expressivo contingente populacional de índios vive em áreas urbanas, tais como: os Guarani, da região do Jaraguá/São Paulo; os Terena, em Campo Grande/ Mato Grosso, ou os Fulmino, no Município de Águas Belas/Pernambuco. Essa situação deve ser considerada na atuação dos Programas Estaduais e Municipais de DST/aids, objetivando diminuir os fatores (como as visitas esporádicas de parentes às aldeias e o deslocamento de pessoas da aldeia para o núcleo urbano) que poderiam estar influenciando a difusão do HIV nas aldeias.

Níveis Estadual e Municipal

O modelo assistencial para os povos indígenas estabelece que a função dos estados e municípios é complementar à atuação dos DSEI. Esse fato cria barreiras à efetiva ampliação da integração de diferentes instâncias governamentais e ao envolvimento com a questão por parte dos programas estaduais e municipais de DST/aids. Outro fator que pode estar dificultando esta integração é a falta de compreensão sobre a relação entre o sistema de saúde indígena e o SUS, visto ter sido este sistema específico implementado recentemente. Esse quadro pode ser revertido a partir de uma ampla discussão dos gestores locais com a coordenação dos DSEI/ FUNASA; processo que teve início com o planejamento estratégico das ações para os povos indígenas realizado entre 1999 e 2000. O conjunto de iniciativas deve ser incentivado e aperfeiçoado com vistas na sustentabilidade das ações de DST/aids.

Mobilização Social

Em relação à mobilização dos povos indígenas, cabe destacar a atuação dos Conselhos Distritais e da Comissão Interistitucional de Saúde Indígena (CISI), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essas instâncias de controle social têm recebido as demandas e reivindicações do setor, além de constituírem espaços importantes para a formulação de propostas políticas no campo da saúde. A articulação entre as esferas decisórias da saúde indígena e dos programas municipais e estaduais se faz necessária para alcançar intervenções mais efetivas. Esse segmento populacional também conta com a Conferência Nacional de Saúde Indígena, espaço estratégico para a definição das diretrizes políticas nacionais. Em maio, será realizada a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, que incluirá, pela primeira vez, o tema DST/aids em sua agenda de discussões.

Acesso a serviços de saúde

Em relação ao acesso a serviços de saúde, nessa população, é necessário ressaltar:

1- A atenção básica e de prevenção é realizada a partir das estruturas dos DSEI, seja em relação à capacitação dos profissionais de saúde (para implantação de programas) ou em relação à capacitação de agentes de saúde indígena, professores e lideranças (que atuariam na área de educação e promoção à saúde da comunidade);

2- A atenção secundária e terciária tem como referência os serviços do SUS (serviços SAE, ADT e rede hospitalar credenciada).

Testagem para o HIV

Em relação à testagem para o HIV, a CN-DST/AIDS vem discutindo com a COSAI/FUNASA a viabilidade técnica de monitoramento da infecção pelo HIV e outras DST em áreas sob maior risco e vulnerabilidade. Neste sentido foi proposto um modelo de vigilância que se baseia em indicadores de risco e vulnerabilidade: existência de casos de AIDS; prevalência de DST e tuberculose; número absoluto e relativo às diferentes faixas de gestantes; prevalência e morbidade associada ao alcoolismo; intrusão de outras populações em terras indígenas; existência ou não de grandes projetos de desenvolvimento econômico, situados próximos às aldeias; existência ou não de aldeias em localizações próximas a rodovias e grandes cidades, etc.

Análise das Respostas, com ênfase nos produtos e resultados

Principais Estratégias e Realizações

- Apoio a projetos de intervenção comportamental e de ações de saúde, executados em parceria com organizações não-governamentais, indígenas/indigenistas;
- Realização de encontros macrorregionais para definição de estratégias de prevenção em DST/aids, controle social na área da saúde e mobilização dos povos indígenas; articulando as instituições de saúde do SUS, a FUNAI, organizações não-governamentais e as instituições representativas da comunidade indígena;
- Capacitação e formação de agentes indígenas e professores índios como multiplicadores de informação para desenvolvimento de ações de prevenção nas comunidades indígenas;
- Garantia de insumos de prevenção para o desenvolvimento de ações preventivas, em relação à saúde em geral e, em particular, as DST/HIV/aids;
- Realização de inquéritos de soroprevalência em sítios selecionados (sentinelas) para identificação da situação de risco e exposição ao HIV/aids e sífilis, em segmentos sob maior risco/vulnerabilidade da população indígena;
- Produção de documentos técnicos e de cartilhas para auxiliar a intervenção junto à comunidade indígena;
- Redução da prevalência das DST/aids nas comunidades indígenas, apoiando o pessoal técnico dos DSEI e capacitando médicos e enfermeiros na abordagem destas infecções/patologias;
- Realização de mesa-redonda no Canal Saúde para discussão das estratégias para prevenção e tratamento das DST/HIV/aids nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Principais Dificuldades e Avanços

Em relação à população indígena, as principais dificuldades estão relacionadas ao acesso a serviços de saúde; gerenciamento/articulação dos DSEI* e dos Programas Estaduais e Municipais; e capacitação dos agentes e profissionais da saúde. No que se refere aos profissionais, cabe destacar a alta rotatividade deles e a descontinuidade das ações junto aos DSEI. Esse processo será aprofundado durante a III Conferência Nacional de Saúde Indígena.

O principal avanço tem sido a maior integração, tanto das ações de prevenção às DST e HIV/aids com as atividades dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como entre os Programas Estaduais e Municipais de DST/aids com a FUNASA. Esta integração permite bases para a sustentabilidade das ações.

Outro aspecto relevante do trabalho é a parceria local com os programas de educação indígena, onde se privilegia a capacitação de professores e estudantes índios como agentes multiplicadores de informação para prevenção das DST/HIV/aids.

Sustentabilidade

Atualmente, as atividades voltadas às DST e HIV/aids vêm sendo compartilhadas entre as Coordenações Nacionais, Estaduais e Municipais e os DSEI. Espera-se que o processo de descentralização destas ações possibilite uma maior cooperação entre os DSEI e as Coordenações Estaduais e Municipais.

Sugestões

1- Aprimorar o processo de gestão local e incentivar a programação conjunta de ações entre os DSEI e os gestores locais de DST e HIV/aids;
2- Mobilizar recursos humanos e técnicos para a capacitação das equipes de saúde dos DSEI;
3- Criar grupo matricial no âmbito local para a tomada de decisões relativas às políticas de saúde, em particular aquelas relacionadas às DST e HIV/aids.

RECURSOS HUMANOS DOS DSEI

PROFISSIONAIS	META		Contratado	%	em Treinam.	%	Treinado	%
	2002	2000						
MÉDICO	232	182	196	107,7	4	2,2	109	59,9
ENFERMEIRO	317	252	322	127,8	4	1,6	219	86,9
DENTISTA	162	120	174	145	0	0	108	90
AUX. DE ENFERMAGEM	889	732	1048	143,2	26	3,5	672	91,8
AG.INDÍ G. DE SAÚDE	2644	2311	2194	94,9	439	19	1638	70,9
AG.INDIG. SANEAMENTO	320	161	217	134,8	106	65,8	119	73,9
OUTROS	897	825	1572	190,5	0	0	652	79
TOTAL	5461	4583	5723	124,9	579	12,6	3517	76,7

*Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

SERVIÇO DE PREVENÇÃO
CENTROS DE TESTAGEM ANÔNIMA (CTA)

Estimativa Populacional: Segundo dados da Rede SUS, 14.059.324 pessoas, desde o ano de 1995 foram testados para a presença da infecção pelo HIV em unidades da rede pública. Estimando-se a população sexualmente ativa (de 15 a 70 anos como equivalente a 134 milhões de pessoas), dir-se-ia que cerca de 10,5% desta população já foi testada na rede pública. Em estudo nacional sobre o Comportamento Sexual do Brasileiro, esta estimativa foi de cerca de 20% (projeção de pessoas nesta faixa etária que fizeram o teste).

Produto	99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001
CTA implantados / em funcionamento	138		174		28 unidades em implantação	
Centro de Treinamento em Aconselhamento	1	Sem estimativa	3	360 profissionais de saúde capacitados		360 profissionais de saúde capacitados
Implantação de sistema informatizado de monitoramento e acompanhamento de pessoas atendidas no CTA			Reunião com CTA das regiões Sul e Sudeste		Reunião com CTA das regiões Norte, Centro Oeste e Nordeste	100.000 pessoas
Vídeo e Guia de Aconselhamento	2.000 exemplares	500 Instituições	2.000 exemplares	500 Instituições		
Manual de Treinamento em Aconselhamento	2.000 exemplares	500 Instituições	2.000 exemplares	500 instituições		
Manual de Diretrizes dos CTA	2500 exemplares			350 instituições		

Situação Atual

Os Centros de Testagem Anônima (CTA) são unidades da rede básica de saúde que têm como objetivos: expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV, estimular a adoção de práticas seguras, encaminhar as pessoas soropositivas (infectados pelo HIV) para os serviços de referência, auxiliar pessoas vivendo com HIV eaids no processo de adesão ao tratamento anti-retroviral, absorver a demanda por testes sorológicos dos bancos de sangue, estimular o diagnóstico de parceiros (as) sexuais, auxiliar os serviços de pré-natal na testagem sorológica de gestantes e levar informações sobre a prevenção das DST, da aids e do uso indevido de drogas para populações específicas.

Os projetos nesta área são: implantação/ implementação de CTA e apoio para a capacitação em aconselhamento em centros de referência. Com vistas em implementar ações de prevenção primária do HIV e redução de danos decorrentes ao uso indevido de drogas no âmbito dos CTA, foi estimulada a elaboração de projetos dessa natureza por parte desses serviços. Foram aprovados 9 projetos entre o final de 2000 e o início de 2001.

Os projetos de implantação/implementação de CTA têm como principais executores organizações governamentais locais (prefeituras e secretarias municipais de saúde), consórcios intermunicipais de saúde, secretarias de estado de saúde e serviços universitários.

No ano de 1999, 51 das 138 unidades implantadas (37%) informaram ter realizado 85.486 testes. Em 2000, 174 unidades foram implantadas, e, com a finalidade de consolidar das informações, 95 unidades enviaram instrumentos preenchidos com esta finalidade para a CN (54,6% de respostas). Entre os respondentes, houve o registro de 227.589 testes realizados.

Contudo, a avaliação da situação de diagnóstico para o HIV deve ser analisada levando-se em conta a totalidade de procedimentos pagos pelo Sistema Único de Saúde, para melhor apreciação da cobertura de testes realizados entre a população sexualmente ativa (faixa etária considerada entre os 15 a 70 anos, com aproximadamente 134 milhões de pessoas). Conforme dados disponíveis na tabela de procedimentos do SUS, desde o ano de 1995, 14.059.324 testes Elisa foram realizados, correspondendo a 10,5% da população na faixa etária em questão. A distribuição dos testes e a taxa de crescimento pode ser apreciada na Tabela a seguir:

Tabela: Número de Testes Elisa Realizados no SUS e Taxa de Crescimento Anual

ANO	TESTES ELISA / SUS	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL
95	1.383.199	
96	1.893.279	36,88%
97	2.962.997	56,50%
98	2.477.127	-16,40%
99	2.343.339	-5,40%
2000	2.999.383	28,00%
total	**14.059.324**	

Os dois principais períodos de crescimento (entre 96/97 e 99/2000) correspondem respectivamente à implantação e implementação da política de medicamentos anti-retrovirais e à disponibilização de estratégias para a transmissão vertical.

Síntese dos resultados das intervenções desenvolvidas junto a este Serviço

Apoio a projetos de implantação de CTA

No ano de 1999, 138 unidades foram implantadas. Segundo os dados enviados para consolidação à CN, temos o seguinte quadro:

Quadro 1: Produção dos CTA em 1999

	Unidades Implantadas	Unidades que responderam	% de resposta	Usuários Testados	Testes Positivos	Prevalência	N que pegaram o teste	%
NORTE	8	2	25,00%	5.288	67	1,27	3605	68,17
NORDESTE	29	8	27,59%	11407	256	2,24	5289	46,36
C. OESTE	14	6	42,86%	7202	63	0,87	6060	84,14
SUDESTE	55	21	38,18%	23784	948	3,99	18711	78,67
SUL	32	14	43,75%	37805	2297	6,08	27398	72,47
TOTAL	138	51	36,96%	85.486	3631	4,24	61063	71,43

No ano de 2000, foram aprovados e seguem sendo apoiados, até o momento, 174 unidades. Observa-se um aumento na taxa de resposta às demandas por informações, e o aumento significativo do número de unidades implantadas nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste, conforme a Quadro a seguir.

Quadro 2: Produção dos CTA no ano de 2000, distribuída por região do País

	Unidades Implantadas	Unidades que responderam	% de resposta	Usuários Testados	Testes Positivos	Prevalência	N que pegaram o teste	%
NORTE	14	8	57,14%	16.864	480	2,85	13.753	81,55%
NORDESTE	34	10	29,41%	37.780	1.282	3,39	22.659	59,98%
C. OESTE	24	13	54,17%	28.228	1.216	4,31	20.682	73,27%
SUDESTE	60	38	63,33%	74.545	3.608	4,84	48.700	65,33%
SUL	42	26	61,90%	70.172	6.633	9,45	46.789	66,68%
TOTAL	174	95	54,60%	227.589	13.219	5,81	152.583	67,04%

** Foram consideradas, para compor o número, a quantidade de homens, mulheres (não grávidas) e gestantes atendidos para testagem.*

*** A quantidade de testes positivos foi obtida somando-se o número de homens, mulheres (não grávidas) e gestantes que apresentaram sorologia reagente ao HIV, tanto no ELISA, quanto no confirmatório.*

**** A quantidade de pessoas que retornaram para buscar o resultado no pós-teste foi obtida somando-se o número de homens, mulheres e crianças.*

Apoio a Projetos de Implementação de CTA

Houve um crescimento da rede de CTA na região Norte e Nordeste do País, onde a cobertura populacional era, até então, significativamente menor, se comparada às demais regiões. Observou-se um crescimento de 166,23% na realização de testes, com um aumento de 26% em unidade implantadas, denotando a ampliação na cobertura e a otimização das unidades já implantadas. Observa-se uma procura maior de mulheres para a realização do teste, denotando a eficácia das estratégias dirigidas a este segmento populacional (principalmente entre as mulheres grávidas), conforme o Quadro a seguir.

Quadro 3: Produção dos CTA no ano de 2000, discriminada por segmento populacional

	Usuários testados	Testes positivos	Prevalência	N° que pegaram o resultado do teste	Percentual
Homens	60.645	7.036	11,60	40.828	67,32%
Mulheres (não-grávidas)	115.589	5.252	4,54	74.502	64,45%
Gestantes	51.355	931	1,81	37.253	72,54%
Total	227.589	13.219	5,81	152.583	67,04%

** Quantidade de CTA que responderam ao questionário sobre suas atividades e produção: 95*

Importantes resultados foram obtidos com relação à implantação de ações extra-muros, conforme diretrizes técnicas adotadas pela CN no ano 2000 de estímulo a estas atividades. Até a presente data, foram aprovados 11 projetos desta natureza, todos voltados para segmentos populacionais específicos (03 para profissionais do sexo, 01 para adolescentes, 01 para HSH, 04 para usuários de drogas injetáveis e 02 para população em geral/continuidade de projetos em andamento).

Apesar desses projetos representarem um número pequeno no universo destas unidades (6,3%), constituem, inegavelmente, experiências bem sucedidas. Este sucesso decorre do fato de possibilitarem a integração de ações visando à prevenção (executadas por ONG e OG) e estabelecerem um sistema de referência e contra-referência para os projetos e ações de intervenção comportamental. Estas experiências constituem modelos com relação a princípios do SUS ligados à humanização dos serviços e melhoria na sua qualidade.

Apoio a projetos de implantação de Centros de Treinamento em Aconselhamento

Atualmente, contamos com 03 Centros em processo de implantação (Manaus, Rio de Janeiro e São Paulo), o que permitirá o aprimoramento da atuação dos profissionais da rede pública para as ações de aconselhamento e expansão de ações extra-muros.

Criação de um sistema de informações para a rede de CTA

Foi finalizado um sistema informatizado para acompanhamento dos dados da clientela atendida nos CTA. Essas informações permitirão monitorar a infecção pelo HIV, subsidiando a vigilância epidemiológica. Para capacitação dos profissionais dos CTA no uso do sistema, foram realizadas duas reuniões macrorregionais (em Porto Alegre, no mês de outubro, com os CTA da região Sul, e no Rio de Janeiro, em novembro, com os profissionais da região Sudeste). Estão previstas mais duas reuniões para o primeiro semestre de 2001, onde se pretende capacitar os profissionais das regiões Nordeste (março, em Salvador) e Norte e Centro-Oeste (maio em Brasília).

Produção e reimpressão de material instrucional (vídeo e manual)

Visando atender à demanda dos profissionais que atuam com aconselhamento, foram reproduzidos o Vídeo de Aconselhamento e o Manual de Treinamento em Aconselhamento. Para potencializar o uso pedagógico do vídeo, foi criado e impresso um guia, com modelos de abordagem dos profissionais no momento da exibição deste material.

Além disto, foi impressa e divulgada a pesquisa realizada nos serviços de saúde sobre a qualidade da prática do aconselhamento, possibilitando a qualificação desta modalidade de atendimento em toda a rede pública de saúde.

Principais Dificuldades e Avanços

A ausência de uma ferramenta que permita aos profissionais que atuam em CTA lidarem melhor com as informações geradas pelo serviço representa ainda um dos maiores obstáculos para o aprimoramento destas ações. Além de fornecerem quadros parciais da atuação dos CTA, tais limitações fazem com que os serviços não tenham clareza sobre o alcance de suas atividades e perfil da população atendida.

Contudo, a ausência da referida ferramenta não impediu que muitos CTA passassem a realizar atividades extramuros. Tais atividades partiram de uma observação empírica sobre quais seriam as populações mais vulneráveis e que necessitariam de ações mais focalizadas. Estas iniciativas têm gerado um aumento da procura da população pelo serviço e uma maior motivação dos profissionais para a realização do trabalho.

Com a inclusão de importantes indicadores para as populações sob risco acrescido (sistema informatizado e sistemática de vigilância do HIV pela CN), estes serviços serão mais bem qualificados para o registro, acompanhamento e discussão de resultados. Este processo resultará em uma maior capacitação dos profissionais e uma aproximação mais efetiva dos serviços com os executores dos projetos de prevenção. A mensuração do acesso de populações sob maior risco e acesso mais difícil (população de rua, UDI que não estão em tratamento, homens homo e bissexuais e crianças em situação de risco) à testagem (e aconselhamento) a partir desta relação dos CTA com os projetos e do desenvolvimento de ações extra-muros permitirá avaliar melhor essas estratégias.

Sustentabilidade:

A principal meta para os CTA tem sido sua incorporação por parte dos serviços de atenção à saúde, por meio de articulações locais com as secretarias de saúde. Com isso serão garantidos os insumos e o pessoal especializado. Segundo as diretrizes do SUS sobre humanização dos serviços e descentralização, os CTA desempenham um importante papel no desenvolvimento destas diretrizes por parte de outros serviços de testagem na rede de saúde.

SERVIÇO DE PREVENÇÃO
DISQUE SAÚDE

Estimativa Populacional: não existe propriamente uma estimativa da população potencialmente abrangida pelo Disque Saúde, uma vez que qualquer cidadão pode acessá-lo, portanto, a sua clientela potencial se confunde com a própria população, que é capaz de formular questões de qualquer natureza pelo telefone.

A diversidade de informações geradas por este serviço constitui um poderoso canal de comunicação, o qual viabiliza uma fonte permanente de informação. Tal processo permite que a sociedade, além de receber orientações de prevenção, possa sugerir, comentar, pedir esclarecimentos ou manifestar seu apoio (ou desagrado) ao Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de DST e Aids e/ou outras áreas.

A capacidade desse serviço em disponibilizar informações e consolidar ações já desenvolvidas fez com que o Disque Saúde/Pergunte Aids atingisse os níveis desejados de operacionalidade. O uso dos recursos humanos, de informática e de tecnologia disponíveis foi de fundamental importância neste processo. Tais recursos permitiram a sistematização e o mapeamento das perguntas demandadas, o que contribuiu para a padronização de informações dirigidas a mudança de comportamento da sociedade.

Um dos maiores méritos do Disque Saúde/Pergunte Aids está em colocar à disposição da sociedade mais um canal de acesso à informação alternativa e complementar os já oferecidos pelos serviços de saúde, porém, com um raio de ação tão extenso quanto a rede de comunicação telefônica do País.

Descrição do Produto	Nº AIDS I 96/98	Nº AIDS II	Estimativa da População Abrangida	
		1999 / 2000	JAN / MAR 2001	Resultados
Atender 100% das Unidades Federadas que demandarem ligações à central de atendimento Disque Saúde.	3.432.619 ligações Média de 4.000 ligações/dia (out 96/dez 98)	4.303.039 ligações Média de 6.000 ligações/dia	400.000 ligações Média de 5.000 ligações/dia	(*) 167.000.000 milhões de habitantes Total de 8.135.658 ligações em Aids I e II 4,87% da população em geral atendida
Realizar pesquisas telefônicas para subsidiar o planejamento e avaliação das ações de controle para DST/Aids e outros.	Não existia o segmento pesquisa	12 pesquisas	03 pesquisas	15 pesquisas realizadas em Aids II
Recrutar, selecionar e Capacitar 100% dos consultores.	100% de capacitação	100% de capacitação	50 % de capacitação	250 consultores capacitados Aids I e 250 em Aids II
Fomentar e consolidar bancos de dados em saúde	100% fomentado	100% fomentado	100% fomentado	20 novos bancos de dados organizados com áreas de interesse em Aids II, um total de 100 Bancos de Doenças e/ou áreas correlatas consolidados
Garantir em 100% as demandas ao serviço Disque Saúde	100% de divulgação em materiais produzidos pelo Ministério da Saúde	100% de divulgação em materiais produzidos pelo Ministério da Saúde	50% de divulgação em materiais produzidos pelo Ministério da Saúde	100% de divulgação do serviço em Campanhas publicitárias preventivas em doenças para a população em geral e/ou públicos específicos do Ministério da Saúde

Distribuição das ligações por Unidade Federada e Macrorregião

Total Ligações Aids I 96/98 = 3.432.619 (de 10/1996)
Total Ligações Aids II 99/01 = 4.703.039 (até 03/2001)

UF / Macrorregião	% Aids I	% Aids II
Norte	**%**	**%**
Rondônia	0,38	0,30
Acre	0,06	0,06
Amazonas	0,15	0,28
Roraima	0,11	0,07
Pará	0,56	0,71
Amapá	0,04	0,05
Tocantins	0,79	0,43
Nordeste	**%**	**%**
Maranhão	0,82	0,88
Piauí	0,37	0,30
Ceará	2,37	1,06
Rio Grande do Norte	1,96	0,88
Paraíba	1,15	1,10
Pernambuco	3,14	2,77
Alagoas	0,74	0,87
Sergipe	0,25	0,26
Bahia	5,98	3,75
Sudeste	**%**	**%**
Minas Gerais	7,35	6,44
Espirito Santo	0,96	0,92
Rio de Janeiro	7,75	9,07
São Paulo	12,28	11,09
Centro – Oeste	**%**	**%**
Mato Grosso do Sul	0,50	0,50
Mato Grosso	0,79	0,45
Goiás	3,07	1,83
Distrito Federal	1,59	1,63
Sul	**%**	**%**
Paraná	2,32	2,38
Santa Catarina	1,06	1,04
Rio Grande do Sul	2,18	2,79
Outros	**%**	**%**
Não Informado	41,27	48,06
Total Geral	100%	100%

Situação Atual

O Disque Saúde está hoje plenamente operacionalizado para o conjunto das Unidades da Federação e seus municípios, sem quaisquer restrições. Uma média de 5.000 (cinco) mil ligações/dia foram atendidas pela central de atendimento, sendo 50% das ligações referentes a questões relacionadas às DST e aids. Foram acrescentadas novas ações (de caráter mais pró-ativo e participativo) ao serviço de informação, tornando-o um instrumento de controle social do Sistema Único de Saúde na visão de seu usuário.

Os dados estatísticos relacionados às demandas feitas à central de atendimento foram disponibilizados na home page da Coordenação Nacional de DST e Aids, conferindo maior visibilidade ao serviço. A distribuição de atendimentos realizados está disponibilizada segundo sexo, estado civil, faixa etária, escolaridade, macrorregião, áreas temáticas e veículo de comunicação referido para conhecimento do Disque Saúde.

A central de atendimento Disque Saúde foi divulgada em 20% das campanhas/atividades de promoção de práticas seguras para DST, aids e congêneres no ano de 2001, por segmentos definidos junto à Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde. A sua logomarca acompanhou a assinatura do Ministério da Saúde em quase todas as campanhas preventivas e relatórios ligados a situações-problema, e serviu como referência para mídia de veiculação como canal direto do cidadão com o Ministério da Saúde.

Foram realizadas capacitações de novos consultores em 2001, num total de 120 horas/aula de atividades e 25.500 horas/aula de educação continuada. A capacitação e a educação continuada constituem marcos referenciais com relação à qualidade de atendimento ao cliente/usuário da central de atendimento.

A pesquisa pelo telemarketing ativo tem avançado e, em 2001, já foram conduzidas 03 pesquisas: "Pesquisa nas escolas do ensino médio e fundamental sobre sexualidade e prevenção das DST/aids e uso de drogas"; "Distribuição de Preservativos"; e "Cadastro de Instituições para Pesquisa de Avaliação da Qualidade da Assistência Ambulatorial nos Serviços Públicos de Atenção à aids no Brasil".

Principais dificuldades e lições aprendidas

As dificuldades observadas no atendimento do Disque Saúde/Pergunte Aids, referem-se à enorme diversidade de agravos e ações correlatas incorporadas pelo serviço com a finalidade de atender à complexidade do Ministério da Saúde. Essa ampliação de respostas exigidas pelos seus subcomponentes torna o seu gerenciamento mais complexo, exigindo a ampliação de seu quadro funcional e de sua infra-estrutura. Essa complexidade do atendimento nem sempre é acompanhada pari passu por melhorias compatíveis no âmbito da infra-estrutura e recursos do serviço.

A ampliação da central, para atender à modulação do telemarketing ativo, foi realizada de maneira improvisada, tendo que contar com uma adaptação não-satisfatória da área física. A tecnologia da central de atendimento está desatualizada frente à complexidade exigida na ampliação de atividades, tanto em termos de telefonia e de informática como em relação aos sistemas informatizados de Help Desk.

A abrangência e ampliação da capacitação e o processo de educação continuada, de grande diversidade, obrigaram o redirecionamento e a reprogramação das ações desenvolvidas, o que demandou recursos humanos e horas/aula, sem ampliação concomitante do quadro funcional. Os relatórios estatísticos e gerenciais não vêm atendendo à reais necessidades do serviço, dificultando o gerenciamento do mesmo.

Avanços

A incorporação de novos dados, relativos a outros agravos, melhorou a capacidade de resposta do serviço e vem fomentando ações de orientação para a prevenção de maior qualidade.

As pesquisas desenvolvidas poderão nortear as diretrizes dos programas, coordenações e áreas específicas de competência do Ministério da Saúde, auxiliando na formulação de campanhas e corrigindo ações e/ou ambientes da saúde.

Atualmente, encontra-se em andamento a elaboração de um Novo Projeto para ampliação do Serviço Disque Saúde, com um custo estimado de R$ 4.000.000,00 para sua execução e R$ 400.000,00 para sua manutenção. Os recursos deverão estar alocados e distribuídos junto às áreas que utilizam o serviço de informação por telefonia gratuita. Está em discussão com a Secretaria Executiva uma proposta de institucionalização para a sustentabilidade deste serviço.

INSUMO DE PREVENÇÃO

1 - PRESERVATIVOS

O Brasil conta com três canais importantes de distribuição de preservativos:

a) Setor Privado - opera com finalidades comerciais que orientam suas estratégias de ação;
b) Setor Público (integrado pela CN de DST e Aids do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde) - disponibiliza de forma gratuita o preservativo masculino e distribui de forma seletiva o preservativo feminino (priorizando as mulheres que vivem com HIV/aids, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas, e as profissionais do sexo);
c) Setor Não-Governamental - oferece o preservativo a baixo custo (incluindo as organizações das áreas de saúde materno-infantil e planejamento familiar).

Nos últimos 5 anos, o mercado de preservativos no Brasil cresceu mais que o dobro. Por um lado, hoje os preservativos não são comercializados apenas em farmácias, mas também em supermercados, padarias, bancas de jornais, motéis, bares, lanchonetes, boates e outros locais oportunos. Esta maior disponibilidade do produto tem contribuído para elevar os níveis de consumo.

Por outro lado, as campanhas e a distribuição gratuita de preservativos por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS e de Organizações da Sociedade Civil - OSC que desenvolvem ações de prevenção das DST/aids e outras ligadas à saúde da mulher e planejamento familiar, têm favorecido o crescimento do uso do preservativo na população.

Entre 1993 e julho de 2000, a CN-DST/AIDS adquiriu 355 milhões de preservativos, tendo efetivamente entregue cerca de 187 milhões e repassado os demais. Em 2000, a CN-DST/AIDS concluiu a aquisição de 200 milhões de preservativos, 185 milhões de largura nominal de 52 mm e 15 milhões de 49mm. Até a presente data, foram entregues duas das 7 parcelas da aquisição de 200 milhões, com entrega da última parcela em março de 2001. No dia 08 de agosto de 2000, com a solicitação da "não objeção" do Banco Mundial, foi iniciado o segundo processo de aquisição de 200 milhões de preservativos visando atender à demanda do ano 2001.

Atualmente, a CN-DST/AIDS está distribuindo cerca de 12,3 milhões de preservativos/mês às Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids (82%) e Programas de Planejamento Familiar (18%), responsáveis pela redistribuição do insumo para as unidades de saúde, Programas de Agentes Comunitários de Saúde, Organizações Não-Governamentais, presídios e demais projetos de intervenção continuada com populações de maior vulnerabilidade.

À população em situação de pobreza, em especial aquelas com risco acrescido para o HIV, ampliou-se a distribuição gratuita de preservativos. Cabe lembrar que todo incremento nesta atividade está vinculado à capacidade e agilidade do setor público para adquirir, armazenar e distribuir preservativos, o que deve ser feito de maneira adequada, na quantidade necessária e segundo um cronograma viável de atendimento às demandas.

A parceria entre Governo e Sociedade Civil tem sido uma das grandes contribuições no sentido de minimizar o impacto da epidemia, implementando atividades informativas e educativas de prevenção ao HIV/aids e de promoção e distribuição de preservativos. Estas ações são, em grande medida, direcionadas a segmentos específicos da população tais como: profissionais do sexo (mulheres e homens), homens que fazem sexo com homens (HSH), internos do sistema penitenciário, adolescentes, meninos e meninas em situação de rua.

Populações Priorizadas

Considerando o contexto socio-econômico, com as desigualdades de acesso à informação e a insumos de prevenção, e com base na situação epidemiológica

atual da aids, o segmento definido como alvo é a população em situação de pobreza (classes D e E, incluindo, em menor escala pessoas da classe C) priorizando entre ela as populações de :

- pessoas portadoras do HIV e/ou doentes de aids;
- pessoas portadoras de DST;
- profissionais do sexo (feminino e masculino);
- usuários de drogas injetáveis - UDI;
- homens que fazem sexo com homens;
- internos do sistema prisional;
- meninos e meninas de rua;
- adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas (autores de atos infracionais);
- adolescentes estudando no período noturno em escolas públicas;
- mulheres;
- caminhoneiros;
- índios;
- contingente variável e conscritos do exército.

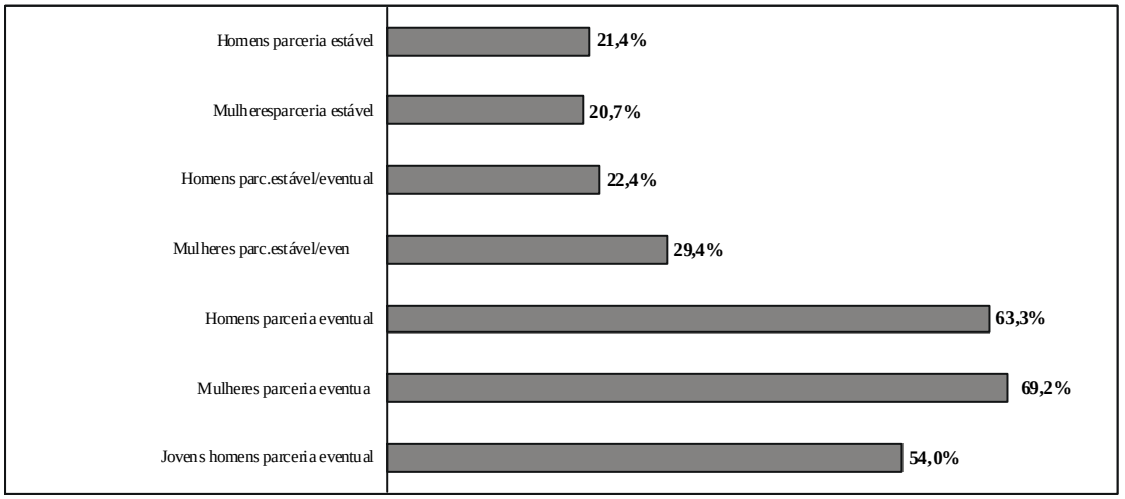
Estes segmentos populacionais priorizados são acessados por intermédio dos: a) Serviços públicos de saúde, em especial as Unidades Básicas de Saúde, Programas de Saúde da Família - PSF e Programas de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, serviços de saúde da mulher, planejamento familiar, bancos de leite, Centros de Testagem e Aconselhamento e serviços que prestam assistência em DST e em HIV/ Aids; b) Escolas públicas, casas de passagem/abrigo e centros de recuperação em sistema aberto e de internação para adolescentes cumprindo medidas socioeducativas; c) Organizações da Sociedade Civil OSC que desenvolvem projetos de prevenção das DST/HIV/aids junto às populações específicas; d) Serviços e/ou projetos de assistência social; e) Sistema Prisional; f) Postos de atendimento para caminhoneiros do SEST/SENAT; g) Unidades Militares; h) Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (pop. Indígena).

Estimativas sobre o quantitativo necessário para a cobertura destas populações, definidas segundo a incapacidade logística de adquirir ou produzir, armazenar e distribuir preservativos para a população total de homens sexualmente ativos - HSA; que nem todos se dispõem a usar preservativo em todas as suas relações sexuais; que muitos indivíduos em função das práticas e comportamentos sexuais que adotam acham-se dispensados de recorrer ao uso do preservativo; e que os procedimentos que se verificam internacionalmente indicam a necessidade de investimento para a proteção de relações sexuais que envolvem risco, aponta-nos a necessidade de aproximadamente 574 milhões de preservativos masculinos anuais.

BOX 1

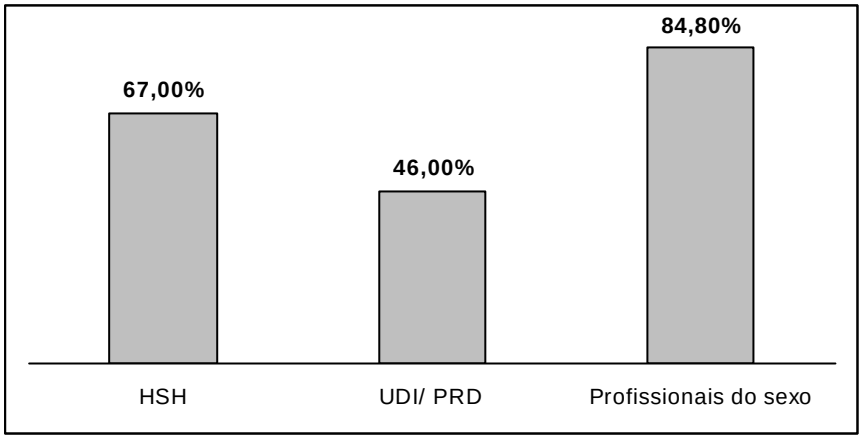
Estimativa de uso de preservativos por população, na maioria das relações sexuais

Uso do preservativo na última relação nos últimos 12 meses, segundo o tipo de parceria - Brasil, 1999



Fontes: Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/Aids (1999);

Uso do preservativo, segundo população vulnerável de maior risco - Brasil, 1999



Fontes:

HSH: categoria "uso do preservativo em relações anais receptivas e insertivas" (N=507) – Projeto Bela Vista - MG, 1999.

UDI: categoria "uso no último mês/maioria ou todas as vezes" (N=217) – Projeto Ajude Brasil I - Brasil, 1999.

Profissionais do Sexo: categoria " usa sempre com o cliente" (N=66) – Itajaí, 1999.

Ampliação do acesso a preservativos

Estratégias de destaques

Com o intuito de aumentar a utilização do preservativo e o acesso a este insumo algumas estratégias estão sendo implementadas, a exemplo:

Banco de preservativos

Esta estratégia funciona a partir unidades gerenciados por lideranças comunitárias ligadas a associações de base voltadas para suprir demandas de populações mais pobres. Atuam em parceria com a unidade de saúde da área geográfica do Banco de Preservativo e a Coordenação local de DST/Aids.

Fundo rotativo

Esta experiência foi realizada em aproximadamente 20 municípios de pequeno porte do estado do Ceará por intermédio da ONG Aliança Luz, com apoio da JICA e DKT.

Aplica-se à municípios com menos de 50 mil habitantes, onde é realizado inicialmente um diagnóstico local com informações sobre a população, cultura local, fonte de renda, comércio local, número de preservativos vendidos e distribuídos, farmácias existentes, seleção de possíveis pontos de venda "não tradicionais" e identificação de áreas de maior risco.

O diagnóstico é realizado pela ONG em parceria com a prefeitura, secretarias municipais de saúde e de planejamento, farmácias e população. Os pontos de venda selecionados são capacitados para a implementação da estratégia, inclusive para realizar ações educativas. Os comerciantes assinam termo de compromisso relativo ao preço de compra (R$0,50) e de venda (R$0,75), emissão de recibos, visitas mensais de reposição de estoque e supervisão. É feita divulgação (rádio, associações e cartazes) da estratégia na comunidade, destacando-se a facilidade de acesso e baixo custo do preservativo. Visitas de rotina mensais são feitas aos estabelecimentos cadastrados de maneira a repor o estoque de preservativos e de material informativo e realizar a prestação de contas.

As secretarias de saúde são estimuladas à investir nesta estratégia e participam junto à ONG do seu monitoramento. A experiência do Fundo Rotativo nestes municípios indicou que o baixo custo da marca subsidiada levou a uma evolução significativa na venda de outras marcas e uma sensível redução dos preços em geral e, junto à maior facilidade de acesso, a demanda por preservativo na comunidade aumentou. Estimulou, também, municípios vizinhos a implantar a esta alternativa. Ressalta-se ainda que o projeto é auto-sustentável.

Preservativo na cesta básica

Pactuações com o Ministério do Trabalho e Secretarias de Ação Social, estão sendo realizadas de modo que o preservativo seja incluído na "cesta básica" e nos programas sociais dirigidos aos trabalhadores e população em situação de pobreza, segundo critérios estabelecidos pelo Programa de Alimentação do Trabalhador, do Ministério do Trabalho. Estima-se atingir, diretamente com o insumo na cesta material (a cesta com alimentos), 1,5 milhões de trabalhadores/as. Para outros 6,5 milhões de trabalhadores/as que recebem o auxílio alimentação por meio de vaucher, ainda estuda-se a logística necessária.

Campanhas nacionais e regionalizadas

O custo-benefício das ações preventivas é altamente favorável em relação aos custos assistenciais, daí a relevância da realização de campanhas que estimulem o uso do preservativo como medida de prevenção do HIV, de outras DST e da gravidez. Estas devem ser implementadas tanto pelo nível federal, quanto pelos estados e municípios.

Cabe às Coordenações de DST/Aids (nacional e locais) articular junto ao setor empresarial de modo que este se comprometa com a realização do marketing social do preservativo, como uma estratégia para baixar o custo e aumentar o consumo deste insumo bem como promover o acesso a este insumo nas empresas por meio de preços subsidiados.

BOX 2

Avaliação da Logística de Distribuição dos Preservativos Masculinos

Esta pesquisa objetivou analisar as condições em que os preservativos estão sendo distribuídos à população de todo o país, abrangendo serviços públicos (Unidades Básicas de Saúde, CTA e SAE e

Clínicas de DST), as ONG cadastradas na CN e o sistema prisional. [Descreve e analisa o processo de distribuição gratuita de preservativos masculinos em todo o país.]

Paralelamente, objetivou igualmente fornecer informações sobre: principais causas para a não distribuição, quais os serviços de prevenção e de assistência que desenvolvem atividades extramuros, perfil do público acessado pelas instituições que compõem a amostra, quais os critérios que norteiam a distribuição, quais as atividades educativas que acompanham sua distribuição, quais as fontes de fornecimento de preservativos e as principais soluções encontradas diante da ausência (em determinados momentos e contextos) de preservativos.

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas por telefone (sistema Disque Saúde) com o(a) responsável pela instituição, utilizando-se de questionário estruturado.

Resultados Preliminares

Os resultados aqui apresentados representam 1.849 instituições selecionadas para composição da amostra, correspondendo à coleta de dados efetuada no período que foi de dezembro de 2000 a março de 2001. O universo total do estudo é constituído por 152 SAE, 153 CTA, 158 Clínicas de DST, 164 ONG, 77 unidades prisionais e 1.145 Unidades Básicas de Saúde de todo o País.

Entre as instituições pesquisadas, 67% distribuem preservativos. Entre as que não distribuem (33% da amostra), 44% são Unidades Básicas de Saúde (UBS), 20% são clínicas de DST e 36% são ONG.

Públicos que recebem preservativos

População em geral, adolescentes, mulheres participantes de programas de planejamento familiar, portadores de HIV, profissionais do sexo, portadores de DST constituem as populações privilegiadas do ponto de vista da distribuição de preservativos masculinos, como demonstrado na Tabela abaixo:

Tabela: Públicos que recebem preservativos

PÚBLICO ALVO	%
População em geral	56
Adolescentes	28
Mulheres - planejamento familiar	27
Portadores de HIV	19
Profissionais do sexo	18
Portadores de DST	15
População de baixa renda	11
Mulheres - gestantes	9
HSH	6
Presos/as em geral	5
Usuários de drogas injetáveis	3
Caminhoneiros	3
População atendida por PSF	2
Presos/as que recebem visitas íntimas	2
Funcionários de presídios	2

Total de instituições que distribuem preservativos = 1.243

Rotinas da distribuição

Na maior parte dos casos, os interessados procuram a entidade distribuidora de preservativos uma vez por mês, recebendo entre 10 e 12 unidades a cada visita.

Freqüentemente, a instituição responsável pela distribuição dos preservativos condiciona a sua entrega à participação em alguma atividade educativa e a um cadastramento..

Entre as atividades educativas que acompanham a entrega do preservativo destacam-se o aconselhamento (individual ou coletivo), a distribuição de fôlderes, as campanhas e as palestras.

Fornecedores dos preservativos

As Secretarias Municipais de Saúde constituem os fornecedores de preservativos mais freqüentemente mencionados pelas unidades.

Razões para que a distribuição de preservativos não ocorra

- Não correspondem aos critérios de distribuição definidos pelo gestor, tais como sua localização geográfica (em áreas urbanas menos centrais ou áreas rurais);
- Não estão vinculadas ao PACS/PSF ou a programas de planejamento familiar;
- Ausência de pessoal qualificado;
- Distribuição restrita a períodos específicos de campanhas.

Programa de Marketing Social

O processo de discussão avançou junto à UNAIDS e à DKT para o aprofundamento técnico da proposta e sua implantação ainda no primeiro semestre de 2001. Gestões da agência *Follow Up* foram realizadas no sentido de integrar esta parceria, com o interesse e sinalização positiva por parte da CN.

Preservativos Femininos

O Ministério da Saúde adquiriu mais 2 milhões de preservativos femininos para o ano de 2001. Esta é a primeira experiência do Poder Público na distribuição de preservativos femininos, e por não se tratar de uma distribuição universal (mas sim, direcionada), exigiu uma reflexão mais aprofundada sobre os critérios de hierarquização e priorização.

O custo elevado do preservativo feminino impossibilita um investimento nas mesmas proporções do masculino, embora esta iniciativa seja fundamental por ampliar os insumos de prevenção junto à população de mulheres. Esse investimento torna-se ainda mais importante quando analisado no contexto do atual panorama epidemiológico da aids no Brasil, com uma inegável tendência de feminização.

A pesquisa realizada sobre "Aceitabilidade do Condom Feminino", conduzida pelo NEPO/ UNICAMP, CEBRAP, UNAIDS e CN-DST/AIDS, demonstrou que as mulheres estão buscando formas novas de prevenção e cuidado, sobretudo aquelas que lhes proporcionam maior autonomia. Observa-se que uma das maiores dificuldades da população feminina quanto à utilização de um método de barreira nas relações sexuais tem sido a negociação do uso de preservativos junto aos seus parceiros. Neste sentido, disponibilizar um insumo que lhe permita maior autonomia e aumente o seu *empowerment* é de fundamental importância.

Face ao limitado número de preservativos femininos adquiridos, foram definidos alguns critérios para a sua distribuição. Foram priorizadas mulheres menos capazes de fazer frente às pressões de parceiros, por estarem sujeitas a relações de desigualdade fruto de iniqüidades de natureza: social, de gênero, de distribuição e acesso a recursos, além de situações de violência sexual e/ou doméstica e dificuldades de acesso aos meios de prevenção.

Nesse universo pode-se citar como populações sob risco ampliado: profissionais do sexo, mulheres que estão em situação de violência, mulheres vivendo com HIV e aids, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas. Essas mulheres são acessadas por meio de diferentes instâncias como: SAE, Serviços de Saúde da Mulher, Programas de Atenção à Mulher Vítima de Violência e ONG (conveniadas pela CN).

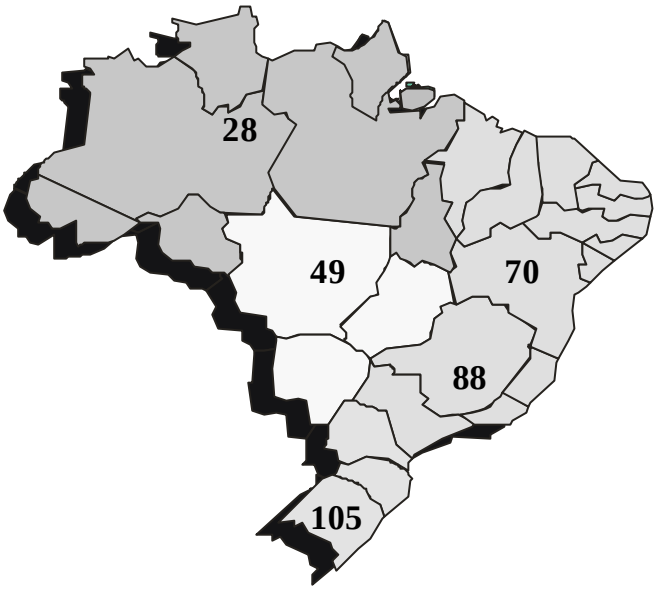
Foram realizadas 04 reuniões macrorregionais de avaliação da disponibilização do preservativo feminino, segundo estes critérios, no período de junho a novembro de 2000. Verificou-se que as populações femininas previamente definidas foram corretamente selecionadas e que a sistemática deveria ser ampliada para outras mulheres, tais como: parceiras de homens vivendo com HIV e aids; parceiras de usuários de drogas; mulheres portadoras de DST e trabalhadoras rurais. Verificou-se também que os CTA/COAS representavam espaços importantes para a sensibilização e captação das mulheres e homens para o uso de preservativos masculinos e femininos. A disponibilização do preservativo feminino é sempre feita em conjunto com um quantitativo de preservativos masculinos.

parceiras de homens vivendo com HIV eaids; parceiras de usuários de drogas; mulheres portadoras de DST e trabalhadoras rurais. Verificou-se também que os CTA/ COAS representavam espaços importantes para a sensibilização e captação das mulheres e homens para o uso de preservativos masculinos e femininos. A disponibilização do preservativo feminino é sempre feita em conjunto com um quantitativo de preservativos masculinos.

O monitoramento dessas ações vem sendo realizado pelas Coordenações Estaduais de DST/aids, em parceria com as Coordenações Estaduais de Saúde da Mulher. Apesar das dificuldades encontradas nos estados para a efetivação dessas ações de monitoramento, alguns dados já estão disponíveis.

As mulheres portadoras de DST, captadas nos serviços de DST/aids, têm buscado o preservativo feminino. Essa postura pode facilitar o aconselhamento do uso e também a negociação com o parceiro.

Esta atividade tem possibilitado uma maior integração entre ações de promoção à saúde das mulheres (Programas de Saúde da Mulher no âmbito da saúde reprodutiva e sexual). A necessidade de fortalecer as mulheres para a negociação de práticas sexuais mais seguras também tem feito com que os serviços estabeleçam espaços de sensibilização para os parceiros, buscando com isso facilitar o diálogo e responsabilizar a ambos pelos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.



Instituições	Regiões					Total
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro Oeste	
Saúde da mulher	7	25	54	29	18	*133*
SAE/ CTA/ DST	15	30	27	35	20	*127*
Ser. Violência	-	2	1	4	-	*7*
ONG P. Sexo	4	11	3	6	4	*28*
PRD	1	2	18	13	4	*38*
Presídios Femininos	1	-	2	1	1	*5*
FUNASA	-	-	-	-	2	*2*
Total	*28*	*70*	*105*	*88*	*49*	*340*

INSUMO DE PREVENÇÃO

AGULHAS E SERINGAS

De um modo geral, as agulhas e seringas são adquiridas pelas Coordenações Estaduais e/ou Municipais de Saúde junto com a aquisição de insumos para serviços de saúde com um todo.

Ao longo de 5 anos, apenas 3 ou 4 projetos adquiriram agulhas e seringas para suas ações. No decorrer do processo de supervisão e monitoramento, tais insumos tornaram-se contrapartida dos estados e/ou municípios. Porém, alguns projetos (sobretudo aqueles que estão sendo implementados em estados que não desenvolvem ações de RD) prevêem a compra destes insumos com recursos do próprio projeto. Ações políticas têm sido desenvolvidas no sentido de que as Secretarias de Saúde se responsabilizem pela aquisição destes insumos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As parcerias intragoverno têm permitido uma maior institucionalização das ações, com a ampliação da cobertura populacional e da articulação com as demais áreas.

O significativo aumento de projetos nessa área de cooperação, bem como o aumento da cobertura das populações-alvo pode ser observado no Quadro a seguir:

Número de pessoas acessadas por projetos apoiados pela CN, segundo população-alvo

PESSOAS ACESSADAS / PROJETOS E AÇÕES	1999	2000	% de crescimento (2000/1999)	2001 (estimativa)	% estimado de crescimento (2001/2000)
HSH	37.850	279.550	638,6	300.120	7,4
Mulheres	944.204	2.765.453	192,9	3.315.122	19,9
UD /UDI	11.245	31.450	179,7	34.595	10,0
Garimpo	60.461	89.034	47,3	155.808	75,0
Reserva extrativista (famílias - 24.560)	2.346	17.125	630,0	21.641	26,4
Crianças/adolescentes/adultos jovens	729.112	1.540.000	111,2	2.376.700	54,3
Povos indígenas	97.702	193.800	100,0	258.400	32,2
PS / masculino e feminino	60.179	110.671	83,9	187.924	69,8
Local de trabalho	160.000	220.000	37,5	5.170.000	2.250,0
Caminhoneiros	330.000	400.000	21,2	630.000	57,5
Populações confinadas adultas	90.000	100.000	11,1	140.500	40,5
Situação de pobreza/moradores de rua	457.500	488.300	6,7	1.480.770	203,3
Assentamentos e acampamentos rurais (famílias - 558.321)	64.207	139.580	117,4	195.412	40,0

O fortalecimento político de alguns segmentos da população, por meio da execução de encontros e eventos e a ampliação das estratégias de *advocacy*, tem permitido uma maior organização desses grupos e a conseqüente ampliação de projetos apoiados pela CN-DST/AIDS. É o caso das populações de homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (incremento do número de pessoas acessadas em 7,4% entre os HSH, 69,8% entre os PS e 10,0 % entre os UDI).

Especial atenção deve ser dada ao expressivo crescimento do acesso a trabalhadores de empresas. A articulação com segmentos de classe e o estímulo à atuação de conselhos empresariais promoveu uma maior cooperação entre trabalhadores e empregadores com vistas no desenvolvimento de ações de prevenção, ainda que com um investimento praticamente estabilizado nos valores de referência do ano anterior.

Grande crescimento também pode ser observado junto à população em situação de pobreza, pois o número dos bancos de preservativos cresceu de 12 (em 1999) para 144 (em 2.000). O grande investimento nas organizações comunitárias em estados e municípios também promoveu uma maior abrangência das ações graças a iniciativas locais. Esse processo se coaduna com a atual diretriz do MS de fortalecer as ações nas regiões metropolitanas.

Também merece destaque o crescente apoio a projetos e ações dirigidas à população confinada adulta, pois o apoio das instâncias de nível central reforça a parceria interinstitucional, promovendo a inclusão do tema DST e HIV/aids nas agendas governamentais das Secretarias de Justiça.

Quanto aos investimentos dos estados e municípios conveniados, observa-se um aumento progressivo de investimentos dos OGP em algumas populações estratégicas, fruto de contínuas discussões promovidas nas oficinas de formulação dos POA estaduais e municipais, na Comissão do Grupo Gestor e nas visitas de supervisão.

Quadro 2 - Investimento dos OGP, segundo populações-alvo.

	1999	2000	% 2000/1999	2001	% 2001 / 2000	% 2001 /1999
Assentamentos e acampamentos rurais/urbanos e garimpo	51.555,55	48.451,00	-6,0	45.710,00	-5,7	-11,3
Caminhoneiros	141.783,12	416.742,65	193,9	541.022,40	29,8	281,6
Crianças, adolescentes e adultos jovens	1.776.700,73	2.714.700,05	52,8	2.596.347,95	-4,4	46,1
Crianças, adolescentes e adultos jovens em situação de rua e/ou internos	193.521,44	536.501,18	177,2	800.148,02	49,1	313,5
Empregadores/empregados em local de trabalho	521.523,15	1.036.308,14	98,7	1.303.822,47	25,8	150,0
Homens que fazem sexo com homens	191.991,56	511.915,95	166,6	405.163,91	-20,9	111,0
Mulheres	2.771.412,11	7.303.636,59	163,5	8.484.348,31	16,2	206,1
Organizações militares	46.117,16	47.035,00	2,0	57.641,00	22,6	25,0
Populações confinadas adultas	333.962,27	334.055,48	0,03	274.961,05	-17,7	-17,7
Povos indígenas	177.681,96	95.021,19	-46,5	157.555,80	65,8	-11,3
Profissionais de saúde e de educação	6.125.356,03	9.159.920,14	49,5	0,00	-100,0	-100,0
Profissionais do sexo masculino	52.843,50	108.247,15	104,8	79.170,00	-26,9	49,8
Profissionais do sexo feminino	237.821,39	676.219,63	184,3	854.836,44	26,4	259,4
Situação de pobreza e/ou moradores de rua	291.692,10	430.360,89	47,5	333.931,37	-22,4	14,5
UD	111.184,70	62.820,24	-43,5	3.580,00	-94,3	-96,8
UDI	390.868,11	612.544,11	56,7	1.556.464,46	154,1	298,2
Total geral	**13.416.014,88**	**24.094.479,39**	**79,6**	**17.494.703,18**	**-27,4**	**30,4**

O crescimento comparativo do ano 2001 em relação ao ano 2000 foi especialmente expressivo na população de UDI (154,1%) e profissionais do sexo feminino (26,4%).

Houve incremento relevante em segmentos que representam o acesso à população em geral, tais como: local de trabalho (25,8%/2000-2001), crianças e adolescentes em situação de risco social (49,1% / 2000-2001), população em situação de pobreza

(14,5%/2001-1999) e mulheres (16,2%/2001-2000). Tais ações visam, em sua maioria, ao fortalecimento de organizações comunitárias de grande abrangência local, para a formação de agentes multiplicadores e/ou para a diponibilização de insumos de prevenção.

Os recursos dirigidos à população de HSH, apesar de ter experimentado um decréscimo de investimento na base anual de comparação entre 2001/2000 (- 20,9%), apresentou, em comparação aos anos 2000/1999, um aumento significativo de 111,0%. Por meio da concorrência descentralizada, foram aprovados projetos dirigidos a esta população, um total de 11 projetos (equivalente a 5,7% do universo de projetos descentralizados aprovados). A renovação do projeto SOMOS constitui também uma estratégia fundamental dirigida a este segmento, ressaltando-se o reforço quanto à elaboração de projetos na região nordeste do país.

Os gestores dos programas dirigidos a usuários de drogas, a despeito dos obstáculos postos pela justiça e segmentos conservadores da sociedade, têm investido no acesso aos usuários de drogas injetáveis, qualificando cada vez mais suas ações e investimentos. Outro importante fator para a focalização dos recursos dos gestores de DST e HIV/aids nas ações de redução de danos foi a definição de políticas da área de Saúde Mental para o tratamento da dependência química, a partir da implantação de centros-dia ou serviços ambulatorias em municípios com mais de 600.000 habitantes.

Finalmente, os declínios observados dos investimentos federais quanto a profissionais de saúde e de educação (-100,0%), e em crianças, adolescentes e adultos jovens (-4,4%) sinalizam para o investimento por parte de instituições responsáveis por estas populações, uma vez que o acesso a estas populações continua em franca expansão.

O declínio dos investimentos em populações confinadas (-17,7%/2001-2000) também deve ser compreendido à luz da aproximação das instâncias gestoras da saúde e da justiça, promovendo um maior investimento por parte da justiça nas atividades de capacitação dos agentes penitenciários (inserção do tema DST e HIV/aids na grade curricular das escolas penitenciárias), no melhor acesso a familiares por meio de ONG, bem como a promoção de material de IEC e o estabelecimento de infra-estrutura para a assistência ao preso. Destaca-se a elaboração de critérios por parte do nível central com vistas na análise de repasses "fundo a fundo", dirigidos a esta população.

No ano de 2001, a população de "povos indígenas" foi contemplada com um expressivo aumento de 65,8% nos investimentos federais (em comparação com o ano de 2000), revertendo o quadro anterior de decréscimo dos investimentos. As ações de promoção à saúde dirigidas a esta população têm refletido a necessidade da estruturação de ações visando a assistência à saúde e sua integração com a rede de saúde local.

Estes significativos incrementos no acesso a segmentos populacionais podem ser avaliados segundo seu impacto na cobertura, conforme Quadro a seguir:

Cobertura populacional discriminada por ações de prevenção

POPULAÇÃO – PESSOAS ACESSADAS POR PROJETOS ESPECÍ FICOS	2001	Estimativa Populacional	Cobertura (em %)
HSH	300.120	1.342.509[1]	22,4
HSH	300.120	8.430.954[2]	3,6
Mulheres	3.315.122	86.126.890	3,9
UD /UDI	34.595	795.657	4,4
Garimpo	155.802	222.584	70,0
Reservas extrativistas (famílias)	21.641	24.560	88,0
Crianças/adolescentes/adultos jovens	2.376.700	68.803.905	3,5
Povos indígenas	258.400	350.000	80,0
PS / masculino e feminino	187.924		
Local de trabalho	5.170.000	76.900.000	6,7
Caminhoneiros	630.000	750.000	84,0
Populações confinadas adultas	140.500	216.000	65,0
Situação de pobreza/moradores de rua	1.480.770	53.445.500	2,8
Assentamentos rurais (famílias)	195.412	558.321	35,0

[1] *estimativa de homens que referiram ter tido relação sexual com outro homem nos últimos 5 anos (fonte: Berquó e colaboradores, 2000)*

A cobertura com relação às populações de risco acrescido necessita ser compreendida à luz das dificuldades de estimativa da respectiva base populacional. Indicadores sobre a efetividade das ações dirigidas a estas populações são habitualmente avaliados a partir de estudos de linha-de-base. Com referência aos profissionais do sexo, também será desenvolvida uma estimativa da respectiva base populacional.

Quanto à cobertura da população em geral por meio de campanhas de grande mídia, estima-se que as informações veiculadas em campanhas diversas (de carnaval, dia mundial de luta contra a aids, campanha de caminhoneiros, dia internacional da mulher), tenham atingido em torno de 51 milhões de pessoas na faixa etária média de 15 a 39 anos, portanto, com uma cobertura estimada em 71,5% desta população.

Quanto às ações executadas por meio de projetos de intervenção comportamental, tais como aqueles dirigidos a mulheres, crianças e adolescentes escolarizados, empregados e empregadores, caminhoneiros, além de serviços telefônicos e testagem para o HIV (ressaltando-se a questão do aconselhamento pré e pós-teste) como ações dirigidas à população em geral, estimamos que no ano de 2.000, 9.944.381 pessoas foram diretamente acessadas. Para o ano de 2001, estima-se que este acesso venha a corresponder a 21.449.634 pessoas. De acordo com estas estimativas, a cobertura para a população na faixa etária de 15 a 49 anos (88.981.071) estaria em torno de 11,2% para o ano de 2000.

Sustentabilidade

Uma discussão fundamental para o processo de sustentabilidade das ações de Promoção à Saúde e Prevenção de DST eaids junto às instâncias Estaduais e Municipais tem sido desenvolvida nos últimos meses. Esse processo visa definir critérios e parâmetros para o financiamento destas ações no âmbito da Norma Operacional Básica e junto ao Sistema Único de Saúde. Avanços importantes foram concretizados em relação à população prisional, pela cooperação firmada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, para definição de um Protocolo de Intenções que definirá um convênio para atendimento de população prisional pelo SUS.

Discussões aprofundadas no âmbito da CN-DST/AIDS têm tematizado as estratégias de sustentabilidade para as populações de risco acrescido, executadas, em sua grande maioria, por ONG, e que não têm garantidos os meios de sustentabilidade no âmbito do SUS. Neste sentido, o apoio às redes e às associações tem sido ampliado,

bem como reforçada a definição de critérios dirigidos a essas instâncias nos processos de concorrência (nível central e descentralizadas). Ações importantes têm sido incentivadas junto aos CTA que, a despeito do número ainda limitado de ações extramuros (11 projetos entre 174 implantados) serão amplamente divulgadas como práticas bem-sucedidas. Importantes avanços serão alcançados na medida em que o sistema de monitoramento de CTA estiver implantado, fornecendo aos gestores importantes indicadores comportamentais, epidemiológicos e de qualidade dos serviços.

As discussões sobre a vigilância do HIV também são importantes para as ações de prevenção, pois permitirão que indicadores comportamentais e parcerias com os projetos executados (com ONG e OG) sejam aprimorados. Este processo permitirá o levantamento de indicadores de prevenção em serviços de assistência, otimizando a rede de referência e contra-referência com os diversos serviços e programas.

Outro tema que merece destaque refere-se ao trabalho de Cooperação Internacional, sobretudo aquele relativo aos países fronteiriços. Essas regiões apresentam um cenário de grande mobilidade da população, determinando um aumento da vulnerabilidade em alguns segmentos populacionais. Neste sentido, ações de prevenção e de assistência integradas à capacidade operacional da região (dirigidas segundo critérios de integralidade dos serviços e instituições), têm exigido da CN DST/AIDS um processo de gerência ampliada, e fundamentado em múltiplas parcerias.

A crescente ampliação do trabalho de promoção à saúde e prevenção de DST e HIV/aids realizado por um leque bastante diferenciado de instituições (Estados, Municípios, Sociedade Civil e Setor Privado) tem exigido a realização de estudos e pesquisas que permitam levantar indicadores para subsidiar o monitoramento e a avaliação destas ações, possibilitando redefinir estratégias e aprimorar métodos de intervenção. Nesse campo estão em desenvolvimento pesquisas com os seguintes segmentos: crianças e adolescentes; profissionais do sexo; UDI; populações em situação de pobreza; população de áreas rurais; homens que fazem sexo com homens; e caminhoneiros. Estes estudos não priorizam exclusivamente o levantamento epidemiológico, mas também a análise da efetividade das ações dirigidas a tais segmentos populacionais e o repasse de tecnologia de pesquisa, possibilitando o aprofundamento de análises locais visando à redefinição de estratégias mais eficientes.

A ampliação do acesso aos insumos de prevenção, com particular destaque para o preservativo masculino, promove o fortalecimento das ações de prevenção junto a diversos segmentos da população. A sistemática de disponibilização do preservativo feminino, a partir de processos avaliativos, aponta para a possibilidade de expansão do acesso a este insumo.

PROMOÇÃO E GARANTIA DE DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Quadro demonstrativo dos Principais Produtos

Produto	1998/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001	Principais resultados sobre HIV e DST (com citação das fontes)
Capacitação de profissionais do Direito	07 eventos	120 profissionais	18 eventos (curso para profissionais do Direito, Oficinas com os Procuradores MP do Trabalho)	250 profissionais	01 evento (reunião dos advogados dos projetos jurídicos)	400 profissionais	Universidade, Seccionais da Ordem dos Advogados do Brasil, Ministério Público do Trabalho, Ministério da Justiça
Publicações	05 materiais	28.500 exemplares	03 publicações (2 Boletins, Legislação e Notas)	45.816 distribuídos	***05 publicações***	94.000 exemplares (Notas, Legislação, Dir. Humanos, 3 Boletins, Ética)	Reedição e atualização de publicações de ONG, elaboração de materiais próprios, publicação de artigos
Fomento a iniciativas públicas e privadas de defesa dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/Aids	23 projetos 03 eventos	218.000 pessoas 2500 pessoas	25 projetos de assessoria jurídica em ONG 04 eventos em parceira com OG	220.000 pessoas 4.125 pessoas	33 projetos de assessoria em andamento e 01 reunião c/ 80 participantes	222.000 pessoas Articulação política na cidade de Rondonópolis/MT	Participação na concorrência pública de projetos de Organização da Sociedade Civil (OSC)
Capacitação/ *Empowerment* de pessoas vivendo com HIV/Aids para exercer a função de multiplicadores	11 eventos	1.200 pessoas	6 eventos	1.600 pessoas		2.500 pessoas	Projeto de Liderança e Ativismo desenvolvido em parceira: CN e ONG, apoio aos Encontros de Pessoas Vivendo com AIDS e aos da RNP+

Situação Atual

Nível Federal

A Coordenação Nacional continua sendo referência balizadora no sentido de dirimir questionamentos relativos aos direitos das pessoas vivendo com HIV e aids, assim como na conduta ética (bioética) dos profissionais de saúde que lidam com a questão. Por isto, a RDH é constantemente demandada a emitir pareceres que descrevem e interpretam a legislação brasileira vigente e os novos paradigmas bioéticos.

Níveis Estadual e Municipal

A RDH desempenha papel vinculante das políticas públicas com os direitos humanos, por isso articula junto às instâncias estaduais e municipais a adoção de ações que venham a otimizar o programa de controle das DST e aids em nível nacional.

Mobilização Social

É por meio da parceria entre as organizações da sociedade civil e movimentos sociais que a RDH articula ações que buscam a garantia do exercício e/ou o reconhecimento dos direitos humanos no contexto da epidemias.

Acesso a serviços de saúde

As instâncias federais procedem a articulações interinstitucionais no sentido de garantir o acesso ao tratamento e à assistência das pessoas vivendo com HIV e aids. Essas articulações ocorrem tanto em nível nacional como internacional, como no exemplo da articulação política, ora em curso, visando garantir a continuidade da política de distribuição gratuita dos anti-retrovirais, frente aos altos preços dos medicamentos anti-retrovirais determinados pelos laboratórios fabricantes.

Testagem para o HIV

São recorrentes as consultas sobre testagem compulsória anti-HIV sob inúmeras alegações, o que demonstra a necessidade permanente de disseminar informações éticas e legais sobre as relações médico-paciente-familiares, assim como informações para a sociedade em geral sobre a ineficiência e ineficácia dessa conduta. Ademais, tem-se ressaltado a necessidade de humanizar o processo de pedido da testagem e devolução de resultados. A solicitação deste exame tenderia a se transformar em um procedimento de rotina, mas a carga de preconceitos e discriminação que até hoje estão associados a um resultado positivo tem impedido que isto aconteça.

Síntese dos principais resultados no âmbito das ações desenvolvidas

Principais Estratégias

A Rede de Direitos Humanos opera segundo dois modos distintos: a) negociações institucionais, governamentais e não-governamentais, e interinstitucionais permanentes; e b) adoção de uma política educativa, que enfatize e aperfeiçoe a proteção aos direitos humanos, baseada em disseminação de informações corretas sobre doença/saúde, direitos/responsabilidades; capacitação de usuários, profissionais e população geral e/ou específica, visando o empoderamento(*empowerment*) das pessoas vivendo com HIV/aids.

Principais Realizações

Capacitação de profissionais na área do Direito; edição de publicações; fomento a iniciativas públicas e privadas de defesa dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids; e capacitação/empoderameto das pessoas vivendo com HIV/AIDS para exercer a função de multiplicadores.

Principais Dificuldades e Avanços

Sustentabilidade

As ONG que desenvolvem projetos de assessoria jurídica em parceria com a CN, em 33 localidades do País, com atuação local e/ou regional, constituem referências em casos de ameaça ou lesão de Direitos, assim como são catalizadoras das ações de mobilização quando esta se faz necessária. Todavia, essas organizações se vêem às voltas com problemas de sustentabilidade financeira e de recursos humanos, pois em relação a este projetos jurídicos, muitas delas contam, historicamente, apenas, com o financiamento do MS, além de não conseguirem manter uma equipe de profissionais de Direito nos seus quadros, gerando instabilidade no serviço.

Contexto atual

O preconceito explícito ou velado, quer no ambiente de trabalho, quer no convívio sociofamiliar, é gerador de atitudes preconceituosas e discriminatórias em relação às pessoas vivendo com HIV e aids. A falta e/ou impropriedade de conhecimento sobre a sínrome e a epidemia, e sobre as normas legais vigentes acarretam a violação dos direitos humanos destas pessoas. A necessidade de desenvolver ações de informação, formação e de combate ao preconceito e à discriminação constituem desafios permanentes e exigem esforço diuturno.

Situação no SUS

A política de descentralização das ações de saúde na área da epidemia do HIV e aids, ainda gera dúvidas de conduta, e por isso, um certo imobilismo frente aos novos paradigmas sociais, políticos, econômicos, educacionais e jurídicos trazidos pela epidemia. A aquisição e distribuição de anti-retrovirais fora da grade de distribuição mensal elaborada pela CN, a partir de dados dos gestores locais, constitui um exemplo clássico desse imobilismo. Os gestores estaduais/municipais, apegados à "obrigação do MS" em fornecer os anti-retrovirais, criam listas de espera para entrega do medicamento quando, no decorrer do mês, chegam pacientes novos ou há troca/ substituição de medicamentos dos pacientes em tratamento. Atitudes com esta demonstram a falta de entendimento das competências concorrentes entre os gestores de saúde, e acarretam em muitos casos ações judiciais pleiteando a aquisição de medicamentos, quase sempre julgadas procedentes.

Sugestões

Ampliar a articulação (com) e a capacitação das instâncias locais de defesa da ordem social e jurídica (Ministério Público Estadual e Federal; Seccionais da Ordem dos Advogados do Brasil; Escritórios Modelos das Faculdades de Direitos etc.), a fim de que os gestores da saúde, profissionais de saúde de um modo geral e as pessoas vivendo com HIV e aids possam dispor de instâncias às quais recorrer no momento de questionamentos éticos e legais.

ARTICULAÇÃO COM ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA RELACIONADOS À S DST/AIDS

Estimativa Populacional: 350 Organizações da Sociedade Civil que atuam frente à epidemia da aids

Quadro demonstrativo dos Principais Produtos por populações abrangidas

Produto	1998/99	Cobertura	2000	Cobertura	Janeiro a março de 2001	Cobertura estimada para o ano de 2001	Principais resultados sobre HIV e DST (com citação das fontes)
Termos de cooperação técnica e financeira para execução de projetos de OSC	350 projetos	-	615 projetos	-	300 projetos	2.718.853	Descentralização da concorrência pública para projetos de OSC; Intercâmbio com diversos atores sociais envolvidos nos processos locais (6 estados).
Supervisão (acompanhamentos técnico e financeiros de projetos de OSC)	15	15 OSC	10	10 OSC	-	20 OSC	Melhoria da qualidade dos projetos desenvolvidos e resultados atingidos.
Treinamentos/ oficinas (para OSC conveniadas)	01	11 OSC	04	44 OSC	-	-	Capacitação das OSC conveniadas
Participação de OSC em eventos	-	-	Fórum 2000	19 representantes de OSC	Congressos, seminários, encontros de ONG; Assembléia da ONU	30 representantes de OSC	Fortalecimento da sociedade civil e do controle social; capacitação de lideranças.
Reuniões do Grupo Temático sobre Sustentabilidade	-	-	1 reunião	12 participantes	1 reunião	7 participantes	Discussão sobre ações que viabilizem a sustentabilidade de OSC, promovendo a articulação entre diversos atores sociais.
Treinamentos e monitoramentos coletivos sobre a Sustentabilidade de ações de OSC	-	-	1	30 representantes/dirigentes de OSC	4	120 representantes/ dirigentes de OSC	Capacitação de dirigentes de OSC, visando a manutenção da estrutura das organizações, a ampliação de parcerias e interlocuções, e o desenvolvimento de ações auto-sustentáveis.
Publicações	-	-	2	4.000 exemplares	4	14.000 exemplares	Democratização e registro de informações; capacitação técnica; ampliação da interlocução entre atores sociais diferentes.

Situação Atual

Nível Federal

Impõe-se a necessidade de acompanhamento e ampliação das concorrências públicas para projetos de OSC.

Níveis Estadual e Municipal

Deve-se proceder à ampliação gradativa das interlocuções existentes, especialmente com as Coordenações Estaduais, no âmbito do processo de descentralização. Incentivo à criação de setores de articulação com a sociedade civil.

Mobilização Social

Deve-se intensificar a interlocução direta com as OSC. Incentivando a criação de fóruns, apoiando eventos por elas organizados, contribuindo para a edição de publicações dessas OSC, entre outros.

Acesso a serviços de saúde

Fomentar a abertura de canais para o recebimento de demandas e articulação entre os dirigentes, das OSC, envolvidos na questão do HIV/aids.

Testagem para o HIV

Promover discussões sobre ética e respeito aos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids.

Síntese dos resultados das ações desenvolvidas junto às instâncias por elas abrangidas

A experiência do Programa Brasileiro de Aids em envolver as organizações da sociedade civil nas suas estratégias de ação é reconhecida internacionalmente. Até o presente momento, poucas experiências existentes em outros países em desenvolvimento podem ser comparadas às ações do Brasil em saúde pública e HIV/aids. O principal desafio tem sido manter as ações realizadas e os serviços oferecidos, viabilizanso a sua sustentabilidade, aprimorando e ampliando as ações desenvolvidas.

De um modo geral, os grupos organizados veiculam as queixas de indivíduos e grupos que se encontram em desvantagem social frente a uma determinada questão. Exatamente por ocupar o lugar de interlocutor mais poderoso, o Estado pode e deve propiciar condições favoráveis para que as demandas trazidas pela sociedade organizada ganhem a legitimidade e a visibilidade necessárias. No caso da epidemia de aids no Brasil, a articulação com a sociedade civil vem se desenvolvendo sob as seguintes estratégias prioritárias:

- Estímulo à participação comunitária, garantindo o controle social das políticas de prevenção às DST e HIV/aidsnas diferentes etapas de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das ações;

- Criação de espaços que propiciem a participação de organizações da sociedade civil nas instâncias de formulação de políticas e tomadas de decisão, especialmente na Comissão Nacional de Aids e no Comitê Nacional de Vacinas Anti-HIV, além da participação em inúmeros comitês assessores. Os representantes das organizações que participam desses fóruns são eleitos nos Encontros Nacionais de ONG/AIDS, que acontecem a cada dois anos;

- Parcerias com as entidades civis e apoio técnico-financeiro ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção das DST e HIV/aids, atenção às pessoas que vivem com HIV/aids e fortalecimento e desenvolvimento institucional.

Principais Dificuldades e Avanços

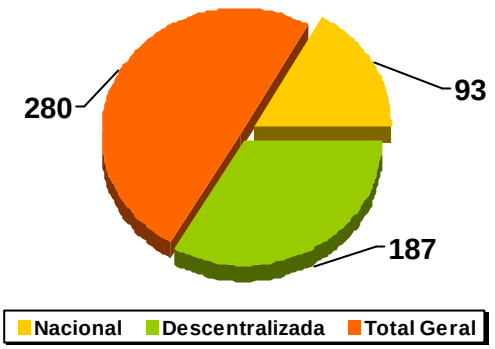
Um dos principais desafios do trabalho de articulação com a sociedade civil consiste na promoção de articulações locais, referidas por políticas também locais, em relação às quais o representante federal, na maioria das vezes, não tem poder de interferência. Desafios adicionais se referem à permanência de uma mentalidade social que opõe os interesses governamentais/não-governamentais, superdimensionando conflitos e tornando a proximidade entre as instituições e as possibilidades de interlocução processos lentos e, por vezes, conflituosos.

Pode-se destacar, por exemplo, a resistência de alguns gestores e ativistas do processo de descentralização na aquisição/distribuição de materiais de IEC, ou de preservativos, como no último Carnaval, processo em relação ao qual é imprescindível o diálogo entre as partes.

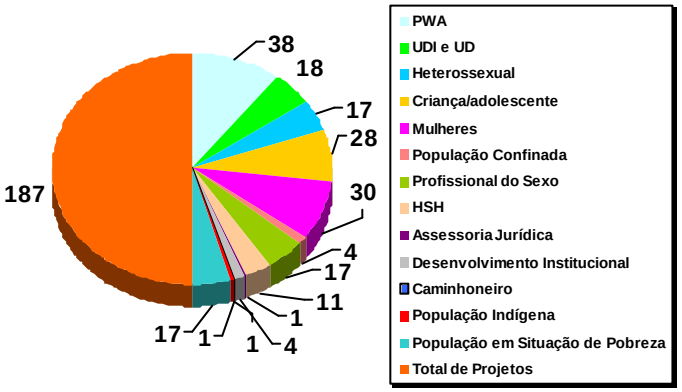
Destacam-se como avanços ações concretas, viabilizadas em conjunto com alguns estados, tais como: o processo de descentralização da concorrência pública de projetos de OSC; a criação de setores/ pessoas de referência para a articulação local com a sociedade civil; e a solidariedade social em torno de questões de interesse comum, como a garantia de pleno acesso aos medicamentos anti-retrovirais.

Seguem abaixo os resultados das concorrências públicas realizadas (dados preliminares), incluindo os estados descentralizados, entre 13 e 17 de novembro de 2000.

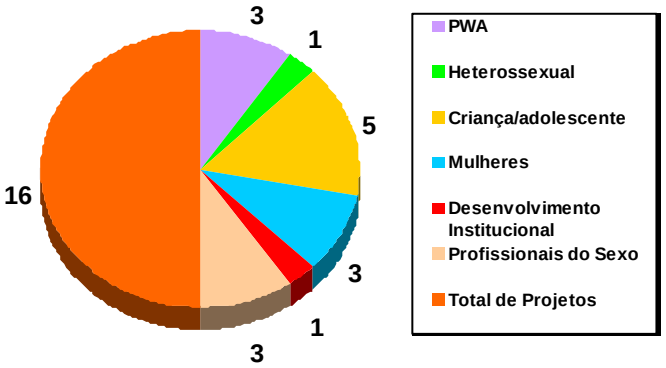
Total Geral - Concorrência nov/2000



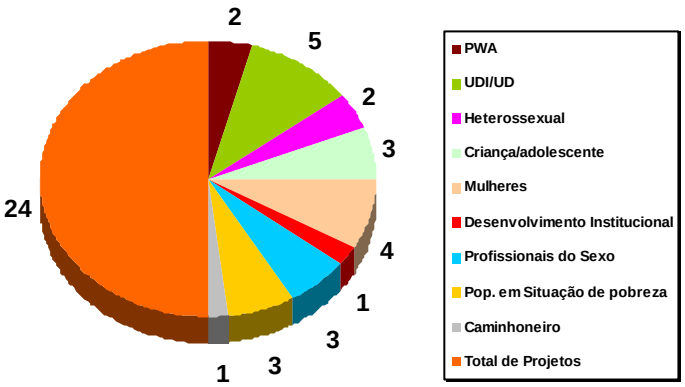
Total de projetos - Concorrência descentralizada



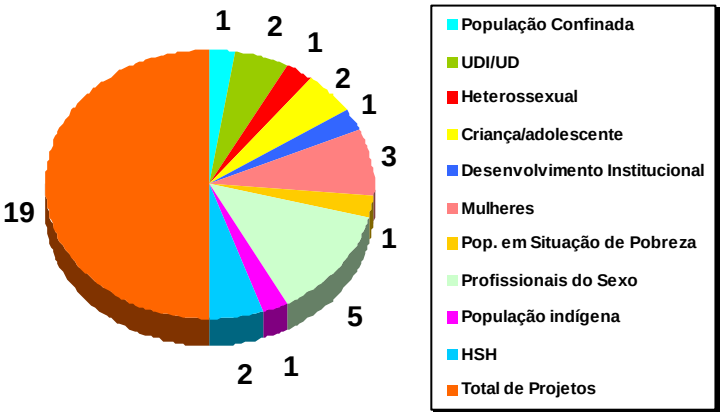
Ceará



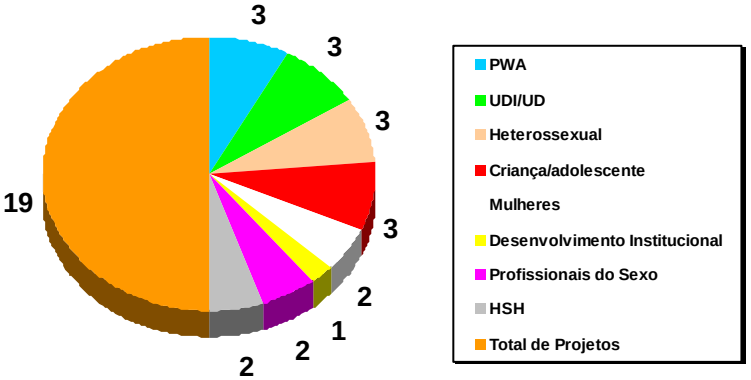
Rio Grande do Sul



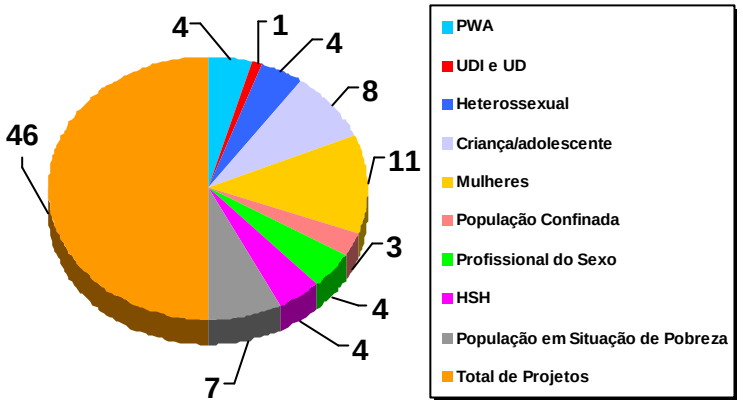
Santa Catarina



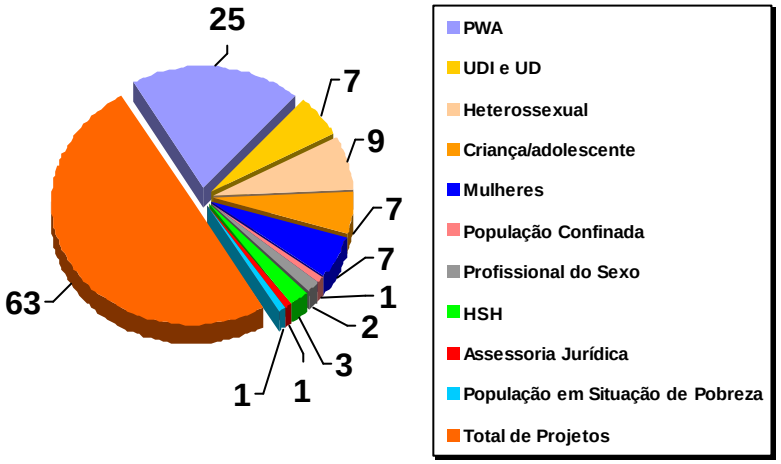
Paraná



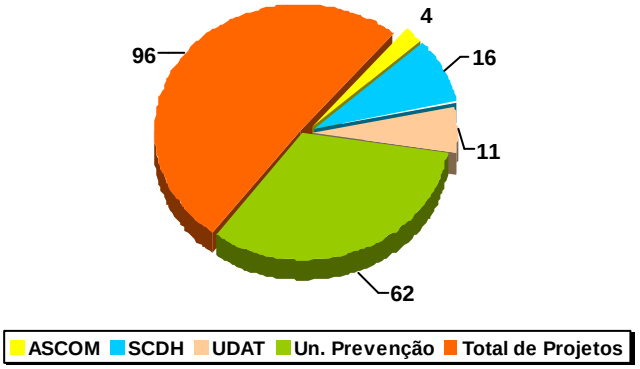
Rio de Janeiro



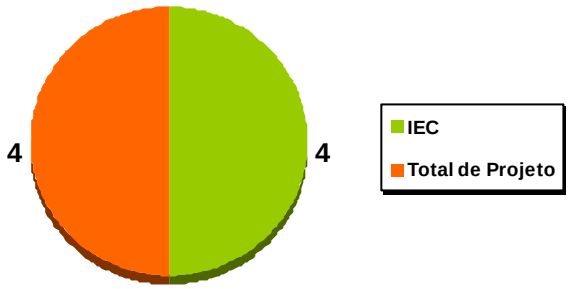
São Paulo



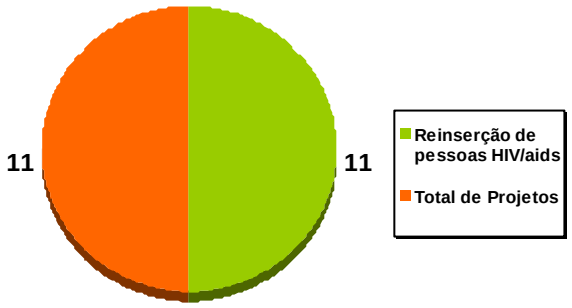
Concorrência Nacional - Distribuição por unidade técnica



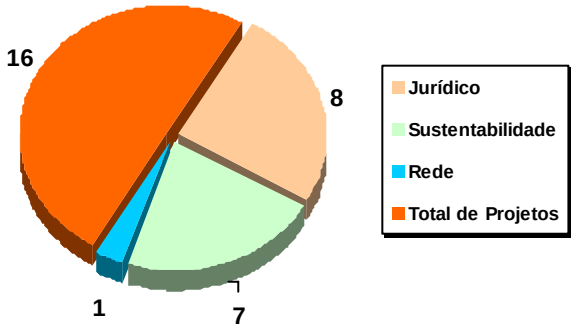
Concorrência Nacional - ASCOM - Distribuição por modalidade de projeto



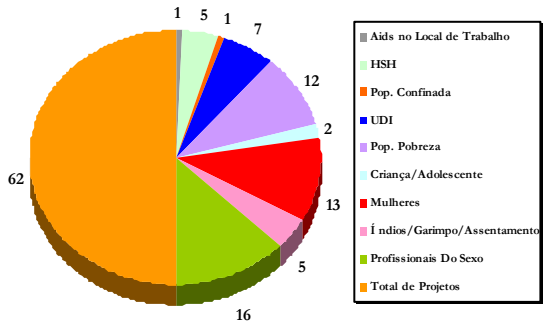
Concorrência Nacional - UDAT - Distribuição por modalidade de projeto



Concorrência Nacional - SCDH - Distribuição por modalidade de projeto



Concorrência Nacional - Unidade de Prevenção - Distribuição por modalidade de projeto



Valores correspondentes à
concorrência pública de projetos de OSC
nov./2000

Estados	Número de projetos	Valor
Ceará	16 projetos	R$ 668.855,23
São Paulo	63 projetos	R$ 3.105.481,76
Rio de Janeiro	46 projetos	R$ 2.021.529,13
Paraná	19 projetos	R$ 935.170,10
Santa Catarina	19 projetos	R$ 777.783,26
Rio Grande do Sul	24 projetos	R$ 1.040.516,74
TOTAL	187 projetos	R$ 8.549.336,22

Concorrência Centralizada
por Unidade da CN DST/AIDS

Unidade de Diagnóstico Assistência e Tratamento

Estado	Número de projetos	valor
Amapá	1 projeto	R$ 45.339,50
Bahia	1 projeto	R$ 50.000,00
Mato Grosso do Sul	1 projeto	R$ 48.160,00
Minas Gerais	3 projetos	R$ 132.208,65
Pará	1 projeto	R$ 10.000,00
Paraíba	1 projeto	R$ 49.710,00
Rio Grande do Norte	1 projeto	R$ 39.778,40
Rondônia	1 projeto	R$ 49.644,00
Sergipe	1 projeto	R$ 33.920,00
TOTAL	11 projetos	R$ 458.760,55

Unidade de Prevenção

Estados	Número de projetos	Valor
Acre	2 projetos	R$ 100.000,00
Alagoas	2 projetos	R$ 53.998,88
Amapá	1 projeto	R$ 46.640,00
Amazonas	1 projeto	R$ 43.793,66
Bahia	7 projetos	R$ 310.240,52
Distrito Federal	5 projetos	R$ 164.564,00
Goiás	6 projetos	R$ 250.875,91
Maranhão	1 projeto	R$ 21.098,00
Minas Gerais	8 projetos	R$ 330.397,40
Mato Grosso do Sul	2 projetos	R$ 109.910,35
Mato Grosso	1 projeto	R$ 31.540,00
Pará	7 projetos	R$ 304.093,00
Paraíba	5 projetos	R$ 248.808,30
Pernambuco	5 projetos	R$ 217.558,70
Piauí	1 projetos	R$ 49.905,00
Rio Grande do Norte	2 projetos	R$ 86.395,70
Rondônia	1 projeto	R$ 47.450,00
Sergipe	4 projetos	R$ 173.317,41
Tocantins	1 projeto	R$ 41.116,00
TOTAL	62 projetos	R$2.631.702,83

Unidade de Articulação com a
Sociedade Civil e de Direitos Humanos

Estado	Número de projetos	Valor
Acre	1 projeto	R$ 50.000,00
Amapá	1 projeto	R$ 49.491,00
Bahia	4 projetos	R$ 106.350,00
Distrito Federal	4 projetos	R$ 200.000,00
Goiás	1 projeto	R$ 41.805,35
Minas Gerais	2 projetos	R$ 49.707,96
Paraíba	1 projeto	R$ 49.900,00
Rio Grande do Norte	1 projeto	R$ 40.000,00
Roraima	1 projeto	R$ 20.228,95
TOTAL	16 projetos	R$ 607.483,26

Assessoria de Comunicação - ASCOM

Estado	Número de projetos	Valor
Distrito Federal	1 projeto	R$ 49.200,00
Maranhão	1 projeto	R$ 16.198,00
Paraíba	2 projeto	R$ 99.942,20
TOTAL	4 projetos	R$ 165.340,20

Total da conc. descentralizada	R$ 8.549.336,22
Total da conc. Centralizada	R$ 3.863.286,84
Total geral	R$ 12.412.623,06

Sustentabilidade de ações de OSC

A sustentabilidade de ações de OSC foi pensada como uma área de atuação central, com o intuito de ampliar as possibilidades de captação de recursos das OSC, de fortalecê-las institucionalmente e de criar e/ou fortalecer vínculos entre as mesmas e os serviços públicos de saúde, estão sendo realizados treinamentos regionais, desde novembro de 2000.

Para tanto, foi fortalecido o processo de capacitação direcionado às OSC.

Os treinamentos, sob a responsabilidade da Fundação Getúlio Vargas/SP e do Gapa/BA, são acompanhados pela SCDH e visam capacitar 180 OSC em seis eventos regionais, a partir de uma seleção prévia de 30 participantes por região. Dois meses após cada treinamento, os participantes submetem propostas de projetos sobre sustentabilidade que são discutidas no âmbito de um processo de monitoramento coletivo, que consiste em oficinas de planejamento estratégico e elaboração de projetos. Numa terceira etapa, as instituições participantes que estiveram presentes em todas as fases, podem submeter pequenos projetos de, no máximo, R$ 10.000,00 (dez mil reais), para análise e posterior apoio da CN-DST/AIDS.

Para ampliar a discussão e as interlocuções com as instâncias governamentais locais, foi desenhado um Seminário dirigido aos Coordenadores Estaduais para que estes sejam estimulados a assumir a discussão sobre a sustentabilidade das OSC como um desafio posto às suas gestões, para que estejam capacitados sobre o tema e, ainda, para que possam acompanhar a elaboração e o desenvolvimento dos projetos das OSC, no âmbito local.

Agenda de Treinamentos e Monitoramentos Coletivos

Local	Treinamento	Monitoramento	Data
Brasília-DF	20 a 24/11/00	Goiânia-GO	01 e 02/fev/01
Belém-PA	15 a 19/01/01	Manaus-AM	09 e 10/abr/01
Fortaleza-CE	12 a 16/02/01	Recife-PE	28 e 29/maio/01
Rio de Janeiro-RJ	12 a 16/mar/01	Rio de Janeiro-RJ	11 e 12/ jun/01
São Paulo-SP	23 a 27/abr/01	São Paulo-SP	30 e 31/ jul/01
Florianópolis-SC	14 a 18/maio/01	Florianópolis-SC	06 e 07/ago/01
Salvador-BA	05 a 06/set/01	**Avaliação Final**	

III - Atividades de Fomento

A SCDH incentiva e apoia a participação de representantes de OSC em eventos, visando sua capacitação e o fortalecimento das lideranças. Um exemplo disto foi o apoio a 19 representantes de OSC, especialmente das regiões Norte e Centro-Oeste, para participarem do "I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST", realizado em novembro de 2000, no Rio de Janeiro.

Além disso, a SCDH incentiva o fortalecimento e a criação de fóruns de OSC, por entender que estas instâncias reforçam a articulação local entre as organizações da sociedade civil, pela possibilidade destes ampliarem as interlocuções com outros atores sociais, especialmente com as diversas esferas governamentais, e de democratizarem informações, partilhando as tomadas de decisões. Estes espaços, que se autodenominam Fóruns, constituem verdadeiros laboratórios que sinalizam pontos frágeis e/ou evidenciados pelas ações que vêm sendo desenvolvidas pelas Coordenações Estaduais e os Programas Municipais de DST/Aids, além das próprias organizações da sociedade civil, que, ao discutirem o cenário social local, redefinem seu lugar e suas práticas. Além de fortalecerem as interlocuções locais, os Fóruns retratam a enorme diversidade cultural e política das regiões brasileiras.

IV - Intercâmbio de informações

Publicações da SCDH

No ano de 2000, a SCDH:

- Reeditou a publicação Legislação sobre DST e Aids no Brasil, com uma tiragem de 3.000 exemplares.
- Manteve as publicações periódicas "Notas da Rede", com a tiragem quinzenal de 1.500 exemplares, e dois números do "Boletim da RDH", 20.000 exemplares de cada;
- Editou a publicação "Fios da Vida", do Grupo de Incentivo à Vida - GIV - de São Paulo, com 3.000 exemplares;
- Editou a publicação "Histórico dos Gapas", de Wildney Contrera (ativista do Gapa/SP), com 1.000 exemplares;
- Procedeu à revisão da publicação Implicações Éticas da Triagem Sorológica, 20.000 exemplares (no prelo);
- Organizou uma publicação sobre Direitos Humanos contendo artigos de diversos autores com as seguintes temáticas: acesso à saúde, Direito Trabalhista e Previdenciário, adoção, movimento social e a epidemia daaids, Direito Penitenciário. A tiragem prevista é de 3.000 exemplares (no prelo);
- Organizou uma publicação sobre Sustentabilidade, reunindo vários autores. A tiragem prevista é de 3.000 exemplares (no prelo).

Eventos

Cumpre destacar ainda a realização de seminários, encontros e reuniões promovidas pela própria CN-DST e AIDS e seus parceiros do setor governamental e não-governamental, gerando intercâmbios e, conseqüentemente, avaliações e melhoria das ações e serviços destinados à população. Tais eventos auxiliaram, de diferentes formas, o desenvolvimento institucional das organizações e aprimoraram os conhecimentos técnicos sobre distintos aspectos da epidemia. Nesse sentido, a SCDH organizará um evento sobre Direitos Humanos, em outubro de 2001.

Parte III - Componente 2

Diagnóstico, Tratamento e Assistência às pessoas portadoras de DST, HIV e Aids

DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL E FORTALECIMENTO DA REDE DE LABORATÓRIOS PARA CONTROLE DA QUALIDADE E PESQUISA

LINHA DE AÇÃO PREVISTA NO PROJECT APPRAISAL DOCUMENT (PAD)

Entre as ações previstas destacam-se:

- Aperfeiçoamento da operação e controle de qualidade em laboratórios de diagnóstico.
- Criação de cerca de 100 novos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) e manutenção de CTAs selecionados.
- Apoio a laboratórios municipais de Saúde Pública através da compra de equipamento e suprimentos para testagem de diagnóstico.
- Fortalecimento dos Laboratórios Nacionais de Referência (LNR) para o diagnóstico da infecção pelo HIV e das DST, incluindo suporte para controle de qualidade e dos testes laboratoriais, expansão da rede nacional para estudos de suscetibilidade da *Neisseria gonohrroeae* aos antimicrobianos, e implementação de uma rede para monitorar a resistência do HIV frente aos anti-retrovirais padronizados pelo Ministério da Saúde.

O Quadro I apresenta os principais produtos do Subcomponente 2.1, as populações abrangidas e o período de atuação, estando dividido em duas partes: a primeira descreve o balanço dos testes laboratoriais adquiridos e distribuídos nas Redes Nacionais de CD4 e CD8 e de Carga Viral; a segunda relaciona ações do Sistema Nacional de Controle de Qualidade do Diagnóstico das DST e aids, ações de ensino, supervisão e assistência técnica, ações relacionadas à vigilância da resistência do HIV e à vigilância do HIV-1, ações relacionadas ao diagnóstico laboratorial de infecções oportunistas relacionadas à aids e de DST.

Quadro I
Demonstrativo dos Principais Produtos, População Abrangida e período.

AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE TESTES									
Descrição do Produto	Nº AIDS I 1997/1998		Nº AIDS II						População Abrangida
			1999		2000		2001		
Rede Nacional de CD4 e CD8 implantada[2]	Testes Adquiridos 236.000	Testes Distribuídos 193.750 Excedente 42.250	Testes Adquiridos 227.650 Saldo 98 42.250 Total 269.900	Testes Distribuídos 125.000 Excedente 144.900	Testes Adquiridos 70.000 Saldo 99 144.900 Total 214.900	Testes Distribuídos 207.550 Excedente 7.350	Testes Adquiridos 130.000 Saldo 00 7.350 Total 137.350	Testes Distribuídos 32.400 (até 23/04/01) Excedente 104.950	Portadores de HIV e doentes de AIDS
Rede Nacional de Carga Viral implantada[2]	Testes Adquiridos 181.050	Testes Distribuídos 113.500 Excedente 67.500	Testes Adquiridos 212.500 Saldo 98 67.500 Total 280.000	Testes Distribuídos 219.500 Excedente 60.500	Testes Adquiridos 200.000 Saldo 99 60.500 Total 260.500	Testes Distribuídos 203.100 Excedente 57.400	Testes Adquiridos 25.000 Saldo 00 57.400 Total 82.400	Testes Distribuídos 51.100 (até 23/04/01) Excedente 31.300	Portadores de HIV e doentes de AIDS

[1] *Os gastos relativos à aquisição dos reagentes para carga viral e CD4 são provenientes do Ministério da Saúde, não incluídos no acorde de empréstimo.*

CONTROLE DE QUALIDADE, ENSINO, CONSULTORIA E OUTROS PRODUTOS					
Descrição do Produto	**Nº AIDS I 1997/1998**	**Nº AIDS II**			**População Abrangida**
		1999	**2000**	**2001**	
Sistema Nacional de Controle de Qualidade do Diagnóstico das DST e da AIDS realizando Avaliação Externa da Qualidade (AEQ) e Controle de Qualidade Interna (CQI) do diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis, hepatites, CD4/CD8 e carga viral.	8 avaliações realizadas HIV: AEQ-1 (39*) AEQ-2 (40*) AEQ-3 (45*) AEQ-4 (98*) Sífilis: CQI (92*) AEQ-1 (150*) Carga Viral: AEQ-1 (33*) AEQ-2 (37*) *nº instituições	7 avaliações realizadas HIV: AEQ-5 (98*) Hepatites: CQI (77*) CD4: Avaliação piloto (10*) AEQ-1 (42*) AEQ-2 (53*) Carga viral: AEQ-3 (41*) AEQ4 (52*) * nº instituições	3 avaliações realizadas HIV: AEQ-6 (103*) Hepatites AEQ-1 (88*) CD4: AEQ-3 (65*) Carga viral AEQ-5 (52*) * nº instituições	-	População em geral
Sistema de Ensino à Distância para Unidades Hemoterápicas e Laboratórios de Saúde Pública – TELELAB	Produção de 16 cursos de treinamentos compostos de manuais e vídeos técnicos.	-	Tradução dos 8 cursos iniciais para o espanhol	Produção de mais 8 novos cursos do sistema TELELAB	População em geral

Quadro I (continuação)

Demonstrativo dos Principais Produtos, População Abrangida e Período.

Descrição do Produto	**Nº AIDS I 1997/1998**	**Nº AIDS II**			**População Abrangida I**
		1999	**2000**	**2001**	
Rede de Vigilância da Resistência do HIV frente aos anti-retrovirais implementada.		1 estudo piloto concluído, desenvolvido em 9 sítios em 7 estados	Desenvolvimento de projeto, 1º corte com amostras do CTA	Em andamento	Portadores de HIV e doentes de Aids
Rede de Genotipagem implantada para realização dos testes como suporte no resgate de pacientes com falha terapêutica			Elaboração de protocolo de 1 estudo piloto em 3 estados Estruturação de rede de laboratórios com 12 sítios	Estudo cancelado devido à empresa patrocinadora ter desistido de doar os testes Em implantação	Portadores de HIV e doentes de Aids
Diagnóstico laboratorial da Clamídia e das infecções oportunistas associadas à AIDS, implementado nos laboratórios da rede pública			Estruturação de uma rede com 27 laboratórios estaduais de referência	Em estruturação	População em geral
Estudo DST Projeto Alemanha: Estudo de prevalência e freqüências relativas de doenças sexualmente transmissíveis em gestantes, homens trabalhadores em industrias e usuários de clínicas de DST.			Discussão e elaboração de protocolos e padronização de procedimentos para desenvolvimento do projeto.	Desenvolvimento do projeto com a participação de 6 laboratórios estaduais. Estruturação dos laboratórios para diagnóstico sorológico e por meio de técnicas de biologia molecular.	Gestantes, homens trabalhadores de indústrias e homens e mulheres com sinais ou sintomas de DST.
Estudos de vigilância da suscetibilidade antimicrobiana do gonococo.		12 laboratórios implementados	Desenvolvimento de estudos com a participação de 12 laboratórios de referência	Em andamento	Portadores de DST
Rede de Isolamento e Caracterização do HIV-1: Estudos de vigilância a variabilidade do HIV-1			Início de processos licitatórios	Reunião com participantes, distribuição de insumos e início de atividades	Portadores de HIV e doentes de AIDS
Supervisão e assistência técnica prestadas aos laboratórios e às coordenações estaduais e municipais.	216 assessorias técnicas/ supervisões	96 assessorias técnicas / supervisões	72 assessorias técnicas / supervisões	11 assessorias técnicas / supervisões	População em geral

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Neste terceiro semestre de implementação do Projeto Aids II, como fruto de investimentos atuais e também, em alguns casos, como conseqüência de resultados de produtos do Projeto AIDS I, o Subcomponente 2.1 apresenta a seguinte situação:

1. Rede Nacional de Laboratórios para Contagem de Linfócitos T (CD4+/CD8+) e para Carga Viral do HIV:

Visando o monitoramento da evolução clínica de indivíduos infectados pelo HIV, a introdução de terapias anti-retroviral e preventivas das infecções oportunistas, assim como sua efetividade, a Coordenação Nacional de DST/aids implantou e implementou a Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e para carga viral do HIV. As redes foram implantadas em 1997 com 32 e 30 laboratórios respectivamente, e implementadas para 52 e 41 laboratórios em 1998. Atualmente, contam com 70 laboratórios da rede de CD4 em 26 estados e 63 laboratórios da rede de carga viral em 24 estados. O Quadro II, abaixo, apresenta a estimativa da necessidade de testes de carga viral e CD4 no ano de 2001, de acordo com o número de pacientes em uso de medicamentos anti-retrovirais (ARV) e segundo unidade federada.

Quadro II
Estimativas da necessidade de testes de carga viral e CD4 para julho de 2001, por Unidade federada.

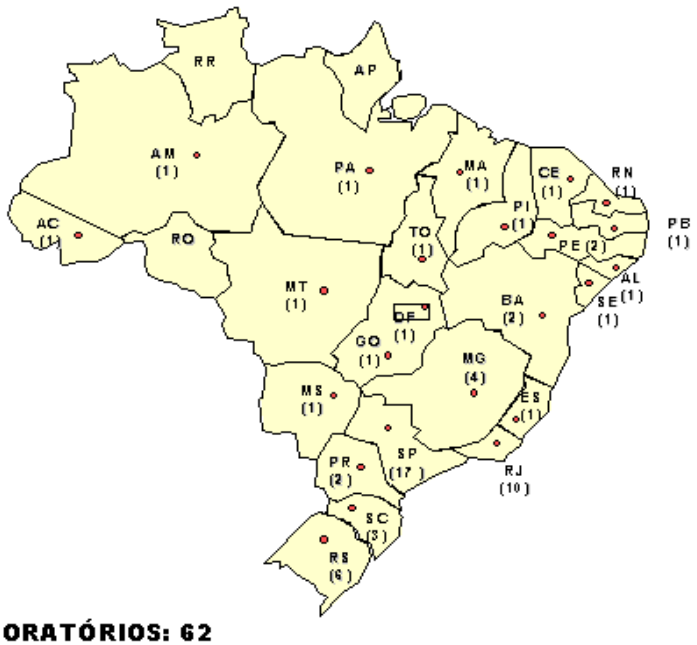
UF	Estimativa do nº de pacientes em uso de ARV em julho de 2001	Estimativa do nº de exames necessários para pacientes em tratamento com ARV (3 exames/ paciente/ano)	Estimativa do nº de exames para pacientes acompanhados em serviços de saúde sem uso de ARV (13,3% do nº de pacientes em uso de ARV e 3 exames/ano)	Estimativa do nº exames para gestantes infectadas (2 exames/ano)	Estimativa do nº de exames para pacientes em falha/troca de esquema terapêutico (1 exame adicional/ paciente/ano)	Estimativa do nº total de exames
Acre	28	84	11	18	8	121
Amapá	50	150	20	27	15	212
Roraima	90	270	36	15	27	348
Tocantins	99	297	40	141	30	508
Rondônia	134	402	54	135	40	631
Sergipe	234	702	94	183	70	1.049
Piauí	365	1.095	146	90	109	1.440
Alagoas	443	1.329	177	219	133	1.858
Maranhão	505	1.515	202	378	151	2.246
Paraíba	512	1.536	205	153	154	2.048
Mato Grosso	582	1.746	233	351	175	2.505
Amazonas	610	1.830	244	282	183	2.539
Mato Grosso do Sul	690	2.070	276	273	207	2.826
Rio Grande do Norte	803	2.409	321	162	241	3.133
Pará	877	2.631	351	444	263	3.689
Espírito Santo	1.265	3.795	506	357	380	5.038
Goiás	1.296	3.888	518	564	389	5.359
Distrito Federal	1.639	4.917	656	261	492	6.326
Ceará	1.643	4.929	657	411	493	6.490
Bahia	1.709	5.127	684	591	513	6.915
Pernambuco	2.108	6.324	843	462	632	8.261
Santa Catarina	3.850	11.550	1.540	1.251	1.155	15.496
Paraná	3.997	11.991	1.599	1.416	1.199	16.205
Minas Gerais	6.246	18.738	2.498	2.013	1.874	25.123
Rio Grande do Sul	9.959	29.877	3.984	1.347	2.988	38.196
Rio de Janeiro	20.185	60.555	8.074	1.926	6.055	76.610
São Paulo	40.081	120.243	16.031	6.918	12.024	155.216
BRASIL	**100.000**	**300.000**	**40.000**	**20.388**	**30.000**	**390.388**

Desde 1997, o Ministério da Saúde (MS) disponibilizou, nacionalmente, para manutenção das Redes, 558.700 testes de CD4/CD8 e 587.250 testes de carga viral (Quadro I). Essa política de apoio tem a intenção de ser mantida até agosto de 2001; desde junho de 1999, a Área de Diagnóstico da Coordenação Nacional de DST e aids vem promovendo a descentralização dessas atividades, por meio da transferência de experiência com relação à aquisição de insumos laboratoriais e da articulação, juntamente com a Comissão Nacional de Gestão das Ações de DST/aids, com o Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). As estratégias que vem sendo implementadas para tal fim são:

- elaboração de ata de registro de preço através de processo licitatório realizado pelo Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de garantir aos órgãos gestores estaduais, à aquisição dos reagentes pelo preço estabelecido na referida ata, sem que haja necessidade de realização de licitações no nível estadual;
- compromisso firmado pelas empresas ora fornecedoras dos insumos, em garantir para os estados o mesmo preço que o praticado para o MS através da aquisição por importação direta bem como na compra dos reagentes no mercado nacional;
- envio de modelo de especificações técnicas para auxiliar os estados nas aquisições dos reagentes até que a ata de registro de preços esteja concluída;
- garantia de assessoria técnica aos estados com dificuldades no processo de aquisição de reagentes;
- aquisição de reagentes, em caráter de emergência, para composição de estoque estratégico com o objetivo de dar suporte aos estados cujos processos licitatórios não estejam concluídos.

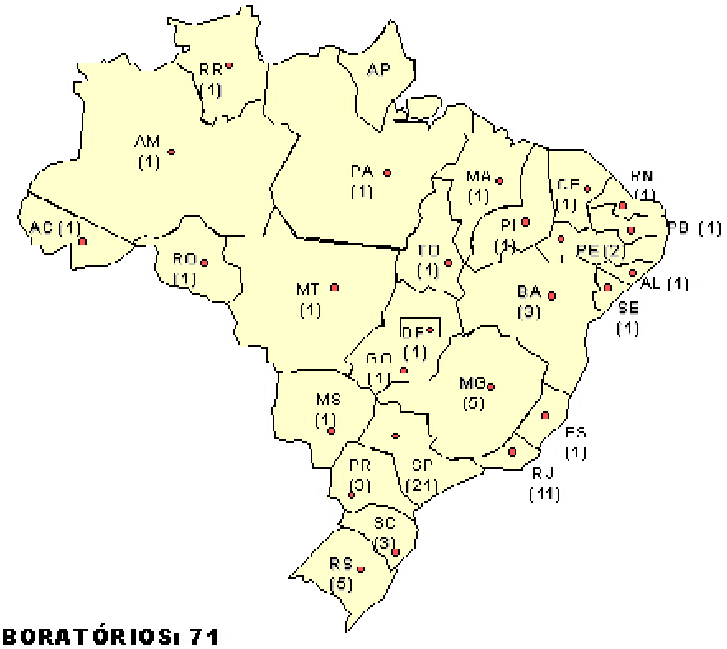
As Figuras I e II mostram a distribuição dos Laboratórios da Rede de Carga Viral e de CD4.

Figura I - Número de Laboratórios da Rede de Carga Viral, por Unidade Federada. Brasil, 2001.



NÚMERO DE LABORATÓRIOS: 62

Figura II - Número de Laboratórios da Rede de Contagem de Linfócitos T CD4+, por Unidade Federada. Brasil, 2001.



NÚMERO DE LABORATÓRIOS: 71

2. SISTEMA NACIONAL DE GARANTIA DA QUALIDADE DOS TESTES LABORATORIAIS PARA DST E AIDS:

Com vistas na garantia de qualidade do diagnóstico laboratorial, foi implantado e implementado o Sistema Nacional de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para DST e aids, que tem como principal objetivo avaliar a proficiência dos ensaios realizados nos laboratórios de saúde pública. Atualmente, esse sistema realiza a avaliação externa da qualidade (AEQ) do diagnóstico da sífilis, das hepatites, da infecção pelo HIV, dos testes de carga viral do HIV e da contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+), que foi implantada com amostras cedidas ao Ministério da Saúde pelo National Laboratory for Analytical Cytology, em Ottawa, Ontário, Canadá. Desde janeiro de 2000, as AEQ para os testes de CD4/CD8 estão sendo realizadas com amostras brasileiras, após o resultado do estudo-piloto que subsidiou a implantação.

Desde a sua implantação, o Sistema de Garantia da Qualidade já efetuou 18 avaliações (Quadro I). A primeira AEQ/HIV, realizada em 1997, serviu basicamente como um piloto para que se pudesse fazer as adequações necessárias visando ao ajuste da operacionalização das atividades por parte da Coordenação Nacional e dos laboratórios participantes e a definição dos critérios a serem adotados na análise dos dados.

Observou-se que nas avaliações subseqüentes foram obtidos percentuais de aprovação que variaram de 84,5 a 97,8%, resultados esses considerados bons pelo Comitê Assessor de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para DST e Aids da Coordenação Nacional de DST e Aids. A adesão à AEQ variou de 77,0% a 91,2%. O número de laboratórios participantes, o percentual de aprovação e adesão nas avaliações estão apresentadas no Quadro III a seguir:

Quadro III - Laboratórios Participantes, Porcentagem de Aprovação e Adesão das Avaliações Externas da Qualidade dos testes para detecção de anticorpos anti-HIV (AEQ-HIV).

AEQ-HIV/ANO	Laboratórios participantes (Nº)	Aprovação (%)	Adesão (%)
AEQ-1/97	39	20,5	79,6
AEQ-2/97	40	90,0	77,0
AEQ-3/98	45	97,8	79,0
AEQ-4/98	98	87,7	84,5
AEQ-5/99	98	91,8	84,5
AEQ-6/00	103	84,5	91,2

Foi realizada no ano de 2000, a 1ª Avaliação Externa da Qualidade dos testes de hepatites virais, com a participação de 88 instituições e cujos dados estão em fase de análise.

A Avaliação Externa da Qualidade para os testes de carga viral (AEQ/CV) foi implantada no ano de 1998, sendo até o momento realizadas quatro avaliações, conforme demonstrado no quadro IV abaixo:

Quadro IV - Laboratórios Participantes, Porcentagem de Aprovação e Adesão das Avaliações Externas da Qualidade dos testes para carga viral (AEQ-CV).

AEQ-CV/ANO	Laboratórios participantes (Nº)	Aprovação (%)	Adesão (%)
AEQ-1/98	33	84,8	87,0
AEQ-2/98	37	98,2	86,0
AEQ-3/99	41	88,0	95,0
AEQ-4/99	52	90,4	94,0
AEQ-5/00	52	76,9	92,9

Os percentuais de aprovação variaram de 84,8 a 98,2%, resultados esses considerados bastante satisfatórios pelo Comitê Assessor de Garantia da Qualidade para os testes de carga viral. A adesão à AEQ variou de 86,0% a 95,0%.

A Avaliação Externa da Qualidade dos Testes para Quantificação dos Linfócitos T CD4+/CD8+ foi implantada no ano de 1999. Até o momento, foram realizadas três avaliações cujos resultados estão descritos no quadro V abaixo:

Quadro V - Laboratórios Participantes, Porcentagem de Aprovação e Adesão das Avaliações Externas da Qualidade dos testes para quantificação dos Linfócitos T CD4+/CD8+ (AEQ-CD4).

AEQ-CD4/ANO	Laboratórios participantes (Nº)	Aprovação (%)	Adesão (%)
AEQ-1/99	42	88,0	76,4
AEQ-2/99	53	77,6	75,0
AEQ-3/00	65	84,6	92,8

Os percentuais de aprovação variaram de 77,6 a 88,0% e a adesão variou de 75,0 a 92,8%, resultados esses considerados bastante satisfatórios pelo Comitê Assessor de Garantia da Qualidade para os testes de contagem de linfócitos T CD4+/CD8+.

Os dados apresentados revelam e enfatizam a importância das atividades do Programa de Garantia da Qualidade, como ferramenta para a melhoria e padronização das metodologias usadas nacionalmente para o diagnóstico e monitoramento da infecção pelo HIV.

SISTEMA DE EDUCAÇÃO A DIST ÂNCIA PARA PROFISSIONAIS DE UNIDADES HEMOTERÁPICAS E LABORAT Ó RIOS DE SAÚDE PÚBLICA (TELELAB)

O Sistema de Educação à Distância para Profissionais de Unidades Hemoterápicas e Laboratórios de Saúde Pública - TELELAB é responsável pelo treinamento das equipes técnicas dos laboratórios das redes pública e privada, dos CTA, das maternidades e das unidades da hemorrede pública e privada. Esse sistema, implantado em 1997 pelo Ministério da Saúde, era inicialmente composto por oito cursos: Técnicas para Coleta de Secreções; Técnicas para Coleta de Sangue; Técnica de Coloração de Gram; Cultura, Isolamento e Identificação de Neisseria gonorrhoeae; Diagnóstico Laboratorial da Clamídia; Diagnóstico Sorológico da Sífilis; Diagnóstico Sorológico do HIV - Testes de Triagem e Diagnóstico Sorológico do HIV - Testes Confirmatórios, destinados a profissionais de laboratórios.

Este sistema tem por objetivo não somente aperfeiçoar a prática profissional e a qualidade dos serviços prestados, padronizando os procedimentos dos testes e das técnicas utilizadas nas atividades laboratoriais de acordo com critérios técnicos e de controle de qualidade e cuidados de biossegurança recomendados pela Coordenação Nacional de DST e Aids, como também atingir o maior número de técnicos, em um menor espaço de tempo, vencendo a distância e os altos custos do treinamento presencial, bem como, instrumentalizar futuras ações de treinamento e atualização, dotando as instituições participantes tanto de manuais técnicos e vídeos, quanto de orientações para a utilização e avaliação destas ações.

Em 1998, o Sistema TELELAB foi ampliado para atender os profissionais das hemorredes, com a elaboração de mais oito cursos: Coleta de Sangue de Doadores; Preparação de Hemocomponentes; Doença de Chagas - Triagem e diagnóstico sorológico em unidades hemoterápicas e laboratórios de saúde pública; HTLV-I/II - Triagem e diagnóstico sorológico em unidades hemoterápicas e laboratórios de saúde pública; Hepatites Virais - Triagem e diagnóstico sorológico em unidades hemoterápicas e laboratórios de saúde pública; Controle de qualidade de testes sorológicos em unidades hemoterápicas e laboratórios de saúde pública; Equipamentos - Utilização e Monitoramento em unidades hemoterápicas e laboratórios de saúde pública e Biossegurança em unidades hemoterápicas e laboratórios de saúde pública.

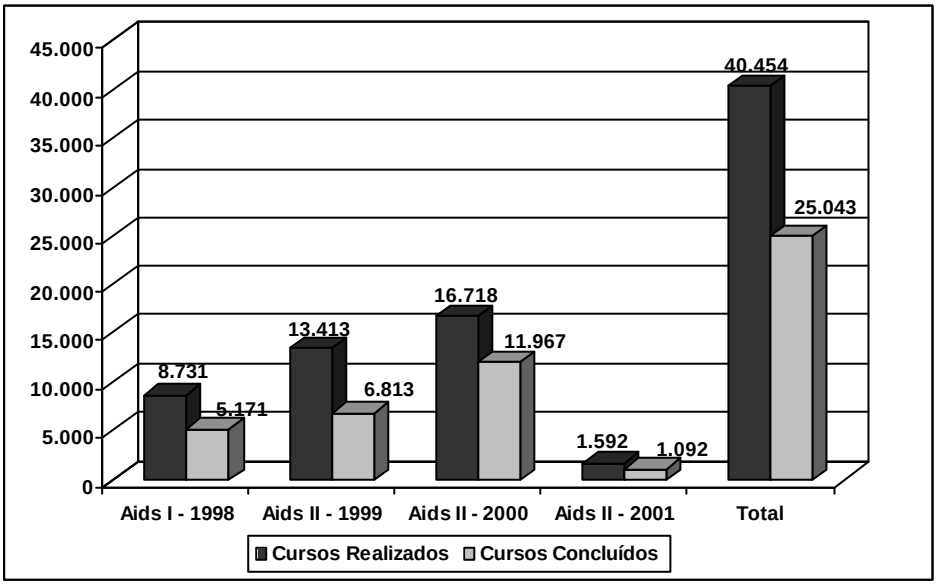
No âmbito da cooperação técnica horizontal com países da América Latina e Caribe, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio de sua Coordenação de DST e Aids, está disponibilizando, aos Programas Nacionais de DST e Aids da América Latina, os 8 (oito) cursos da primeira série do TELELAB, em espanhol. A tradução desse material deu-se através da cooperação técnica com o SIDALAC (Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe).

Desde o lançamento do TELELAB até 29 de fevereiro de 2001, 40.454 treinamentos foram realizados, dos quais 8.731 ingressaram em 1998; 13.413 em 1999, 16.718 em 2.000 e 1.592 no ano de 2001. Esses profissionais provêm de 868 instituições públicas e privadas, distribuídas da seguinte forma: 33 centros de referência em DST/aids; 20 centros de testagem e aconselhamento; 162 hospitais e maternidades; 440 laboratórios; 183 unidades hemoterápicas; e 30 universidades e escolas técnicas (Quadro I).

Sete novos cursos encontram-se em processo final de elaboração, visando dar continuidade ao projeto e assegurar o acesso dos nossos usuários às técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde: Imunohematologia do doador de sangue; Imunohematologia do receptor de sangue; Educação para a doação de sangue; Aconselhamento e exame físico do doador de sangue; diagnóstico laboratorial dos fungos oportunistas associados à aids; diagnóstico laboratorial dos parasitas oportunistas associados a AIDS e diagnóstico laboratorial da tuberculose. Estes temas foram identificados como prioritários pela rede de laboratórios de saúde pública e de unidades hemoterápicas do País.

A Figura II resume o quadro dos alunos treinados nos cursos do TELELAB, por período.

Figura III - Número de Alunos do TELELAB, por situação no Processo de Treinamento. AIDS I, AIDS II-1999/ 2000 e 2001



MONITORAMENTO DA RESISTÊNCIA DO HIV FRENTE AOS ANTI-RETROVIRAIS

Com relação ao monitoramento da resistência do HIV frente aos anti-retrovirais, a Coordenação Nacional promoveu o desenvolvimento de um estudo-piloto (descrito abaixo), que teve como objetivos (I) determinar se a falência terapêutica em pacientes em uso de "combinação potente" de anti-retrovirais está associada à resistência genotípica e (II) testar metodologias rápidas de determinação de resistência genotípica aos gens da transcriptase reversa (TR) e da protease (P).

Estudo-Piloto

Metodologia e Resultados

O Projeto utilizou métodos rápidos de genotipagem a resistência, tais como LIPA (Line Probe Assay) para a transcriptase reversa (TR) e RFLP (Restriction Fragment Length Polymophism) com enzima Hinc II para o gen da protease (P).

Foram recebidos 339 questionários A carga viral média desses pacientes arrolados no estudo era de 5.3 log (199.526 cópias/ml) com desvio padrão de 0.53log (variação: 4.7log a 7.0log). Os resultados da análise genética das amostras nas regiões da transcriptase reversa (TR) e protease (Pro) estão representadas no Quadro VI abaixo:

Quadro VI – Análise genética das amostras do estudo-piloto de monitoramento da resistência do HIV aos anti-retrovirais

Freqüência (%)	Análise genética da região	
	Transcriptase Reversa	Protease
15,0	WT[a]	WT
6,9	WT	MUT[b]
42,5	MUT	WT
35,6	MUT	MUT

a - Seqüência selvagem

b - Seqüência apresentando mutação relacionada à resistência aos ARV

Conclusões

1. A análise dos dados obtidos demonstrou uma alta correlação entre falha terapêutica e mutação.

2. Não se sabe se a falha terapêutica foi causada, primariamente, por uma falta de aderência ou não. Porém, uma vez mantida a carga viral alta por mais de três meses, a seleção de linhagens mutantes resistentes aos ARV pode ser observada.

3. Este trabalho validou a utilização da carga viral como um bom parâmetro clínico para se suspeitar da presença de um vírus resistente nos pacientes em tratamento.

Novas análises estatísticas estão sendo feitas tentando correlacionar as taxas de mutação com carga viral, contagem de CD4 e esquema terapêutico. A performance do LIPA nas amostras brasileiras também estará sendo analisada, em sua especificidade e sensibilidade.

IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DE VIGILÂNCIA DA RESISTÊNCIA GENOTÍPICA DO HIV-1 FRENTE AOS ANTI-RETROVIRAIS

A implantação do Projeto de Vigilância da Resistência Genotípica do HIV-1 frente aos anti-retrovirais tem como objetivos: (I) determinar a incidência anual de infecção pelo HIV-1 de acordo com as categorias de exposição ao vírus nos projetos-sentinela da Coordenação Nacional de DST e aids; (II) determinar a prevalência e o padrão de resistência genotípica primária do HIV frente aos anti-retrovirais nos pacientes com infecção recente e identificada pela metodologia de de-tuned ELISA.

O projeto está sendo desenvolvido com as amostras dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os sítios já foram identificados e o número de amostras calculado, conforme demonstrado no Quadro VII; o material permanente e de consumo adquirido e o início da coleta de material do 1º corte foi realizado no mês de abril.

Plano Amostral para o Projeto de Vigilância da Resistência Genotípica do HIV-1 Frente aos Anti-retrovirais

Região	UF	Município	CTA	HIV+ no último ano no CTA	*n* amostral
Norte	PA	Belém	SMS	205	109
Nordeste	CE	Fortaleza	SES	97	51
			SMS	11	6
	PE	Recife	SMS	101	53
	BA	Salvador	**SES**	136	72
Sudeste	SP	S.J. Rio Preto	SMS	46	24
		Ribeirão Preto	SMS	113	59
		Santos	SMS	119	63
		São Vicente	SMS	53	28
		São Paulo	Henfil	290	154
			Santo Amaro	33	17
			S. Miguel Paulista	36	19
			Pirituba	20	10
			Lapa	17	9
	RJ	RJ	HE São Francisco	914	484
	MG	Belo Horizonte	Eduardo de Menezes	34	18
		Juiz de Fora	SMS	86	45
Sul	PR	Curitiba	SMS	471	250
	SC	Itajaí	SMS	393	208
	RS	Porto Alegre	ADS	450	238
Centro-Oeste	GO	Goiânia	SES	125	66
	MT	Cuiabá	SMS	16	9
	MS	Campo Grande	SMS	15	8
Total			23	**3781**	**2000**

IMPLANTAÇÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS PARA REALIZAÇÃO DOS TESTES DE GENOTIPAGEM

Prevista para agosto de 2001, a implantação da rede de laboratórios para realização dos testes de genotipagem, será composta de 12 laboratórios distribuídos em nove estados, com o objetivo de dar suporte laboratorial no resgate de pacientes com falha terapêutica.

IMPLANTAÇÃO DO REPOSITÓRIO NACIONAL DE AMOSTRAS HIV POSITIVAS

A implantação do Repositório Nacional de Amostras HIV Positivas tem o objetivo de possibilitar um estoque representativo dos subtipos de HIV-1 circulantes no País. A sua finalidade principal será estocar espécimens de soro, plasma, células, DNA e RNA provenientes de indivíduos que representem as diferentes características da epidemia causada pelo HIV. Essas amostras permitirão à Coordenação Nacional de DST e Aids conhecer melhor os aspectos da patogenia, diagnóstico laboratorial, origem e evolução desta retrovirose no Brasil, contribuindo para orientar as intervenções necessárias e tornar mais efetivas as ações para o seu controle. Além disso, as amostras disponíveis no Repositório Nacional poderão ser utilizadas para a seleção de testes de diagnóstico e de monitoramento da infecção pelo HIV mais adequados para o País.

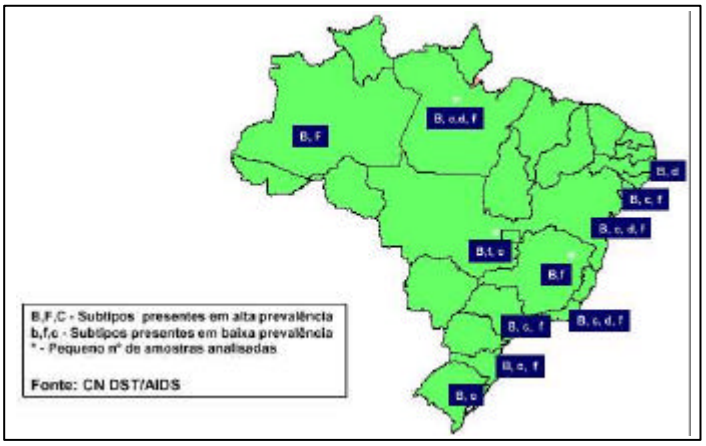
No momento, aguarda-se o término do processo de compra do material permanente e de consumo, para o início do desenvolvimento do Projeto.

IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ISOLAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DO HIV NO BRASIL

A Rede de Isolamento e Caracterização do HIV tem como objetivo conduzir estudos epidemiológicos moleculares para monitoramento da variabilidade do HIV-1 circulante nos diferentes grupos populacionais e regiões geográficas do País, em especial a prevalência e incidência de subtipos do HIV, variantes recombinantes e mutações relevantes ao diagnóstico, ao monitoramento do paciente infectado e à intervenção profilática e/ou terapêutica.

A Rede está estruturada da seguinte forma: Laboratório Central, que tem como função receber o sangue de diferentes regiões do País, fazer o processamento das amostras (separação e estocagem de células, soro e plasma para compor o Repositório Nacional), e promover o isolamento viral e a distribuição das amostras biológicas para a determinação de caraterísticas virais por métodos biológicos e moleculares; os Laboratórios Primários estão encarregados de promover a interação com os serviços na seleção de pacientes, coleta de sangue e envio ao Laboratório Central, enquanto que os Laboratórios Secundários ficarão encarregados das metodologias referentes à determinação das características virais (por exemplo, através de HMA e sequenciamento de nucleotídeos). As amostras estocadas no Repositório Nacional poderão ser utilizadas por outros grupos, uma vez submetido e aprovado o projeto.

Figura IV: Distribuição dos Subtipos Genéticos do HIV-1. Brasil 1996/1999.



No momento, discute-se a definição e implementação dos Laboratórios Primários e Secundários, e aguarda-se o desfecho da compra do material permanente e de consumo para o início do desenvolvimento do Projeto.

A Figura IV apresenta a distribuição dos subtipos genéticos do HIV-1 no Brasil.

ANÁLISE DAS RESPOSTAS

Além dos avanços mostrados anteriormente, nesse terceiro semestre de implementação do Projeto AIDS II, o Subcomponente 2.1 vem desenvolvendo ações que merecem destaque, relacionadas à disponibilização de testes rápidos de HIV e de sífilis para gestantes e à ampliação do acesso ao diagnóstico laboratorial do HIV através de:

- distribuição de 300.000 testes rápidos anti-HIV e 300.000 testes de sífilis para os estados e municípios;
- desenvolvimento, juntamente com o Laboratório de Reativos para Diagnóstico/ Bio-Manguinhos/Fiocruz, de testes rápidos e *Western Blot* para o diagnóstico da infecção pelo HIV, estando as atividades do projeto em fase bem avançada.
- elaboração de um projeto para promover a ampliação do acesso ao diagnóstico laboratorial do HIV.

Projeto de Desenvolvimento de Testes Rápidos e Westen Blot para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV

Este projeto está sendo realizado em conjunto com o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - BioManguinhos da Fundação Oswaldo Cruz/MS, e tem por objetivo a produção e desenvolvimento de insumos, reativos para o diagnóstico, soros controle e painéis de referência. Com o objetivo de implementação do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV na rede de laboratórios do País, deu-se início ao desenvolvimento de testes rápidos e Western Blot.

No que diz respeito ao desenvolvimento dos testes de *Western Blot*, o mesmo encontra-se em fase de estabelecimento de lotes-piloto com o objetivo de avaliação frente a painéis de soro de referência.

Em se tratando dos testes rápidos, estão sendo adquiridas no mercado externo as proteínas virais que possibilitarão os testes iniciais de avaliação e padronização dos testes rápidos.

Projeto de Implantação/Implementação do Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV e Ampliação do Acesso ao Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV

Atualmente, o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, no que diz respeito à execução dos testes de triagem e confirmatórios, é realizado, em grande parte dos estados, nos Laboratórios Centrais. Isto causa sérios problemas relacionados a transporte de amostras, tempo despendido entre a coleta do material e o efetivo recebimento do resultado pelo paciente e sobrecarga nos Laboratórios Centrais, que devem contar com recursos humanos para realização, inclusive, de tecnologias de acompanhamento dos pacientes como contagem de CD4/CD8 e carga viral. Conseqüentemente, em muitos locais ocorre uma repressão de demanda.

Isto aponta para uma necessidade de ampliação do acesso da população a este diagnóstico através da descentralização desta atividade para redes locais de laboratório, em diferentes graus de complexidade.

Para que esta descentralização se efetive nas Unidades Federadas, adotou-se a estratégia de subsidiar essa ação através do repasse de recursos financeiros na ordem de R$ 70.000,00, a partir da elaboração, pelas Coordenações Estaduais, de um projeto que contemple um ou mais locais para implantação e/ou implementação dos testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Inicialmente, foi efetuado um diagnóstico de situação em relação às redes laboratoriais dos estados, através do encaminhamento de um questionário às Coordenações Estaduais.

Paralelamente ao retorno e avaliação dos questionários, foi elaborado um modelo de projeto - "Projeto de Implantação/Implementação do Diagnóstico Laboratorial pelo HIV" - e um cronograma de supervisões a todos os estados, a serem realizadas juntamente com as Coordenações Estaduais, com representantes municipais de locais em que o diagnóstico será implantado/implementado, Laboratórios de Referência e laboratório que irão assumir a realização dos testes.

Os projetos foram encaminhados às Coordenações Estaduais antes do início das supervisões, de forma a poderem trabalhar antecipadamente em suas regiões.

Até o momento, foram realizadas supervisões em todos os estados à exceção de Rondônia, que trabalha com projeto à parte, tendo sido recebidos os projetos de 19 locais. Destes, oito foram liberados para receberem os recursos, estando os demais aguardando documentação e/ou revisão do protocolo para seguirem para a Unidade de Finanças.

Após a liberação dos recursos, está previsto o seguimento destes projetos através de instrumento de avaliação, relatórios e supervisões aos locais necessários para verificação da efetividade dessas ações.

Proposta para a Descentralização da Contagem de CD4 e da Carga Viral

Esta importante ação faz parte do projeto de Ampliação do Acesso ao Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV. Envolve a promoção da descentralização das atividades de realização de testes para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e da carga viral do HIV, por meio da transferência de experiências de aquisição internacional dos insumos laboratoriais e da articulação, juntamente com a Comissão Nacional de Gestão das Ações de DST/Aids, com o Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Com essa finalidade, a Coordenação Nacional de DST e Aids elaborou uma proposta para a descentralização da carga viral e do CD4, e para a ampliação do acesso ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV. Esta proposta foi apresentada e aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite em fevereiro de 2001. A fim de normatizar o conteúdo das propostas, quatro portarias estão em fase de finalização, com previsão para publicação em maio e passar a vigorar em 1° de junho de 2001. São elas:

- PT GM/MS - trata do cadastramento de laboratórios públicos estaduais, federais, municipais e/ou universitários, para realização de contagem de linfócitos CD4 e quantificação de carga viral do HIV;
- PT SE/SAS - trata do repasse de recursos do Ministério da Saúde para os gestores estaduais, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, para os co-financiamentos dos insumos para realização dos exames de contagem de linfócitos CD4 e quantificação da carga viral do HIV e da alteração dos valores desses procedimentos na tabela SIA/SUS;
- PT/SAS - trata da cobrança dos procedimentos de contagem de linfócitos CD4 e quantificação da carga viral do HIV pela sistemática da APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo e
- PT GM/MS - define como responsabilidade dos gestores federal, estaduais e municipais a ampliação do acesso universal ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV.

Nesse contexto, um aspecto que está sendo discutido diz respeito à redução dos valores dos procedimentos CD4 e carga viral na tabela SIA/SUS, contemplando exclusivamente a operacionalização dos exames, de R$ 45,00 para R$13,00 para CD4 e de R$65,00 para R$ 16,00 carga viral;

Objetivo Geral

Descentralização das atividades de aquisição dos reagentes para a contagem de linfócitos T (CD4/CD8) e da carga viral do HIV, constituindo no repasse dessas atribuições para os estados e/ou municípios, sem, no entanto, comprometer a assistência dada aos portadores de HIV e aos pacientes comaids.

Metas

1. Realização de diagnóstico de situação, objetivando o conhecimento da composição da rede, da demanda e da capacidade instalada por unidade federada, do faturamento e da tabela de preços dos procedimentos no SIA-SUS.
2. Levantamento das dificuldades dos estados para a realização de compras locais.
3. Garantia de preços, para as compras locais, com base nos preços praticados pelo Ministério da Saúde.
4. Garantia de sustentabilidade financeira dos estados para a manutenção e o acompanhamento de seus pacientes com os testes CD4/CD8 e carga viral.
5. Garantia de qualidade dos insumos adquiridos nos estados.
6. Garantia de qualidade dos testes realizados nos estados.

Resultados e/ou Produtos

No desenvolvimento das ações do projeto foram tomadas as seguintes providências:

- Foi encaminhada correspondência aos Coordenadores Estaduais DST/Aids contendo orientações para a elaboração de termo de referência para a aquisição de reagentes, no que diz respeito às especificações técnicas. No pacote foi incluído um documento da empresa fornecedora de reagentes para o Ministério da Saúde firmando o compromisso de manter os preços aplicados ao Ministério, e um documento técnico constando os parâmetros usados pela Coordenação Nacional de DST e Aids para o cálculo da necessidade de cada estado. Essa correspondência foi também enviada aos Laboratórios das Redes de CD4/CD8 e carga viral.
- Aquisição, pela Coordenação Nacional de DST e Aids, de testes de contagem de CD4 e quantificação da carga viral do HIV, compondo um estoque estratégico para manutenção das redes até o primeiro semestre de 2001.
- Confecção de histórico do processo de descentralização, um estudo sobre os gastos de 1998, 1999 e 2000, previsão necessária de recursos a serem repassados aos estados em 2001.
- Foi enviada, aos setores competentes do Ministério da Saúde, a documentação necessária para a realização de abertura de Registros de Preços dos insumos para realização de testes de triagem (ELISA) e confirmatórios do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV (Western Blot), CD4/CD8 e Carga Viral. A previsão de abertura das dos Registros de Preço é de 07/05/2001 para carga viral e final de maio para CD4/CD8.
- Publicação da Lei 10.191, de 14 de fevereiro de 2001, que dispõe sobre a aquisição de produtos para a implementação de ações de saúde no âmbito do Ministério da Saúde, permitindo que os estados, o Distrito Federal, os municípios, bem como as respectivas autarquias possam utilizar o registro de preço.

PRINCIPAIS DIFICULDADES

Os processos licitatórios para aquisições de materiais e serviços são longos e demorados, e ocorrem problemas com alguns fornecedores de bens e serviços contratados de terceiros, como o não-cumprimento dos prazos de entrega e o acondicionamento inadequado de amostras e reagentes.

Ainda com relação à aquisição de reagentes, outras dificuldades podem ser apontadas, tais como os preços e a cessão dos equipamentos em comodato, que dependem do quantitativo de testes adquiridos, o que pode ser minimizado por meio da formação de consórcios municipais.

Com relação às atividades de descentralização e sustentabilidade das ações de diagnóstico, a maior dificuldade apontada pelos gestores está relacionada ao teto de faturamento do SIA/SUS dos estados e municípios. Segundo os referidos gestores, este teto não é suficiente para custear o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV (principalmente após o aumento da demanda provocado pelos programas de atendimento a gestantes) e muito menos, os testes de CD4/CD8 e carga viral. A fim de modificar este quadro, a Coordenação Nacional de DST e AIDS elaborou a proposta para descentralização da carga viral e CD4, onde o Ministério da Saúde repassa recursos para os estados, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, como já relatado anteriormente. Os estados adquirem os reagentes de CD4 e carga viral e repassam aos laboratórios credenciados, comprovando a aquisição de tais reagentes ao Ministério da Saúde. A responsabilidade de gerenciamento dos laboratórios é dos estados. Os laboratórios credenciados declaram ao Ministério da Saúde os procedimentos realizados para posterior ressarcimento por meio do Boletim de Produção Ambulatorial do SIA/SUS.

A escassez de recursos humanos, apresentada pela grande maioria dos gestores municipais e estaduais, é também uma das grandes dificuldades encontradas para a implementação das ações de diagnóstico do HIV. Apesar dessa dificuldade, a partir do momento que a responsabilidade financeira para a manutenção das redes de CD4 e de carga viral for da esfera federal, a ampliação do acesso ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV passaria a ser uma contrapartida dos estados.

A Coordenação Nacional de DST e Aids tem se preocupado com os recursos alocados pelo Sistema de Saúde na compra de reagentes para o diagnóstico da infecção pelo HIV e, no intuito de minimizá-los, vem investindo em pesquisa, juntamente com o Laboratório de Reativos para Diagnóstico/Bio-Manguinhos / Fiocruz, como já referido previamente. No momento, esse laboratório distribui, gratuitamente, para os laboratórios da rede pública, um conjunto de testes de imunofluorescência indireta para HIV-1, e está implementando o projeto de desenvolvimento de testes rápidos e Western Blot para o diagnóstico da infecção pelo HIV, o qual se encontra em fase bastante avançada, com previsão de entrar em escala de produção em meados do ano 2001.

ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO DOS PORTADORES DE DST, HIV E AIDS E IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS

LINHA DE AÇÃO PREVISTA NO PROJECT APPRAISAL DOCUMENT (PAD)

Entre as ações previstas destacam-se:

- Assistência e tratamento de pessoas com HIV, aids e DST; incluindo cerca de 80 casas de apoio para o tratamento de pacientes com aids e 40 casas para órfãos da aids; apoio a 80 unidades existentes de tratamento especializado, 30 hospitais, 40 programas de tratamento domiciliar e de pacientes internos com aids em cerca de 100 hospitais.
- Fortalecimento de serviços de tratamento e diagnóstico da aids pelo treinamento em gerenciamento de casos de DST; licenciamento de cerca de dez Centros Nacionais de Referência de DST que revisarão e testarão normas e procedimentos, e realizarão estudos, incluindo estudos comparativos de tipos diferentes de tratamento, abordagens diversas e fortalecimento de reagentes, medicamentos, preservativos, materiais educacionais e outros suprimentos afins.
- Implementação de sistema centralizado de controle logístico para medicamentos e preservativos e de sistema de controle de custo para tratamento de HIV/aids ; desenvolvimento de sistema de referência para tratamento ginecológico de mulheres HIV positivas.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Demonstrativo dos Principais Produtos, População Abrangida e Período.

Descrição do produto	Nº AIDS I	Nº AIDS II			População abrangida
		1999	2000 (jan a ago)	2001 (até 15 de março)	
Hospital Dia implantado	49	19	05	1	Portadores de HIV/AIDS
Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) implantado	33	17	02	0	Portadores de HIV/AIDS
Serviço de Assistência Especializada (SAE) implantado	76	16	06	60	Portadores de HIV/AIDS
Hospital Convencional credenciado	338	19	05	6	Portadores de HIV/AIDS
Hospital Dia credenciado	49	17	03	6	Portadores de HIV/AIDS
ADT cadastrado	33	17	02	3	Portadores de HIV/AIDS
SAE cadastrado	76	69	03	10	Portadores de HIV/AIDS
Unidades de Saúde de Referência para Assistência às DST cadastradas	-	700	142	91	Portadores de DST
Centros de Treinamento em DST conveniados	26	02	0	0	Profissionais de saúde
Profissionais de saúde treinados para assistência às DST	2.930	547	482	-	Profissionais de saúde
Treinamentos em assistência às DST realizados	230	45	37	-	Profissionais de saúde
Guias de tratamento e manuais de condutas clínicas, diagnosticas e terapêuticas em HIV/AIDS	04	05	04	-	Profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes com HIV/AIDS
Profissionais de saúde e integrantes de ONG capacitados como facilitadores de grupo adesão	-	163	556		Pacientes em terapia anti-retroviral
Unidades dispensadoras de medicamentos de AIDS com Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) implantado	-	26	111	-	58.000 pacientes em terapia anti-retroviral

Quadro I (continuação)
Demonstrativo dos Principais Produtos, População Abrangida e Período.

Descrição do produto	Nº AIDS I	Nº AIDS II			População abrangida
		1999	2000 (jan a ago)	2001 (até 15 de março)	
Oficinas e Cursos para Capacitação de Profissionais de Saúde em HIV/AIDS,	79	73	10	-	Profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes com HIV/AIDS
Oficinas com gestores do SUS de Saúde Mental de Estados e Municípios para articulação de ações em DST/AIDS	01	02	01	01 prevista para 2º semestre 2001	Gestores do SUS
Projetos piloto de implantação de ações de assistência em Saúde Mental e AIDS em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS)	-	-	07	Em processo de seleção de CAPS/NAPS para implantar 7 novos projetos.	Portadores de HIV/AIDS com transtorno mental
Projetos de parcerias com ONG na assistência de pacientes com HIV/AIDS		80	80 Projetos já incluídos no montante de projetos da SCDH[1]		Portadores de HIV/AIDS e familiares
Projetos de Centro de Treinamento Regionais para capacitação de multiplicadores para treinamento de ginecologistas, obstetras e outros profissionais de saúde para assistência à mulher HIV+, nos seus estados.	-	1	2	5	Ginecologistas obstetras e outros profissionais de saúde das regiões norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul.
Projeto de fortalecimento para implementação de serviços de pré-natal e maternidades para assistência a mulheres HIV+, e treinamento de médicos e enfermeiros	-	8 Estados	-	9 Estados	Mulheres infectadas pelo HIV e crianças verticalmente expostas
Oficinas para capacitação de instrutores/supervisores do PACS/PSF para realizar o treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para informar/educar sua comunidade em DST/HIV/AIDS	74 Oficinas 2.145 Instrutores/ Supervisores capacitados	50 Oficinas 840 Instrutores/ Supervisores capacitados.	20 Oficinas 512 Instrutores/ Supervisores Capacitados.	42.217 Agentes Comunitários de Saúde capacitados.	

[1] Rede de sociedade civil e de direitos humanos

Quadro I (continuação)
Demonstrativo dos Principais Produtos, População Abrangida e Período.

Descrição do produto	Nº AIDS I	Nº AIDS II			População abrangida
		1999	2000 (jan a ago)	2001 (até 15 de março)	
Total de testes rápidos anti-HIV, distribuídos.	-	-	177.600 testes	63.500 testes	Profissionais de saúde expostos acidentalmente ao HIV; gestantes no último trimestres e parturientes, não testadas anteriormente.
Gestantes diagnosticadas e tratadas com zidovudina (AZT) para redução da transmissão vertical	3.876	3.402	5.344	409	Parturientes HIV+ e seus recém-nascidos.
Total de testes rápidos para sífilis, distribuídos.	-	-	257.600 testes	25.400 testes	Parturientes, não testadas anteriormente e populações específicas com estimativa de alta prevalência.

Serviços de Assistência a Pacientes com DST/HIV/aids

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST e aids, tem desenvolvido uma grande intervenção junto ao sistema público de saúde, com a implantação de uma rede de serviços alternativos nas Unidades Federadas. Para tanto, foram identificados, credenciados e cadastrados 365 hospitais convencionais (HC), 69 hospitais-dia (HD), 52 serviços de atenção domiciliar terapêutica (ADT), 155 ambulatórios especializados, 32 ambulatórios gerais e 884 unidades de referência para assistência às DST.

Ao encerrar o período anual de 2000, os valores

Quadro II
Distribuição dos Serviços de Assistência às DST e HIV/AIDS, por região. Brasil, março de 2001.

REGIÃO	HD	%	HC	%	SAE	%	ADT	%	DST	%
NORTE	1	1,5	8	2,2	7	4,5	2	3,8	136	15,3
NORDESTE	11	16	34	9,3	21	13,5	7	13,5	355	40,1
CENTRO-OESTE	3	4,4	23	6,3	19	12,3	1	1,9	90	10,2
SUDESTE	38	56	251	68,8	81	52,3	35	67,3	224	25,3
SUL	15	22	49	13,4	27	17,4	7	13,5	79	9,0
TOTAL	69	100	365	100	155	100	52	100	884	100

de repasse do SUS referentes ao atendimento hospitalar aos pacientes portadores de aids em hospitais credenciados e hospitais-dia somavam aproximadamente vinte milhões de reais, distribuídos conforme o Quadro III.

Quadro III
Número de AIH e Valor de Repasse Referentes aos Serviços de Assistência às DST e HIV/AIDS. Brasil, 2000.

AIH	Nº	R$
HOSPITAL CREDENCIADO	26.505	17.909.434,27
HOSPITAL DIA	11.560	1.926.260,28
TOTAL	38.065	19.835.694,55

PROJETOS DE ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS EM PARCERIA COM ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS (ONG)

Outra modalidade de assistência que vem sendo estimulada pela Coordenação Nacional de DST e Aids são os projetos de parceria com ONGs na estruturação de casas de apoio para pacientes HIV positivos. Tais instituições são espaços de acolhimento para pessoas portadoras de HIV/aids, pretendendo ser um "lar substituto" e evitando internações de longo prazo. Essas casas promovem ações que, direta ou indiretamente, envolvem as pessoas próximas, familiares ou amigos. Por reunir pessoas que compartilham a mesma experiência e demandas, tais como questões ligadas a preconceitos, relação com a família, capacidade física e emocional para o trabalho, novas necessidades decorrentes da infecção ou doença, etc, esses espaços contribuem para discussões sobre a inserção social de pessoas vivendo com HIV/aids.

Do ponto de vista governamental, essas casas de apoio são importantes porque além dos serviços que oferecem, conseguem maior proximidade com a vida cotidiana das pessoas vivendo com HIV/aids. Atualmente, existem 50 projetos de casas de apoio sendo financiados pela Coordenação Nacional de DST e aids. Outros projetos de parceria com ONGs que envolvem aspectos assistenciais de pessoas portadoras de HIV/aids também estão sendo desenvolvidos (grupos de convivência, assistência domiciliar, atendimento psicossocial a crianças e mulheres gestantes HIV positivas e acesso e adesão aos medicamentos) e, juntamente com as casas de apoio, somam atualmente cerca de 91 projetos.

AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/HIV/AIDS NA COMUNIDADE E REDE BÁSICA DE SAÚDE

Os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) são estratégias utilizadas pelo Brasil para reorientação do modelo assistencial, partindo da organização da atenção básica nos municípios. Até fevereiro de 2001, dos 5.507 municípios brasileiros, 4.632 (84,11%) já haviam aderido ao PACS e 3.171(57,58%) ao PSF. As ações de prevenção e controle das DST/HIV/aids na comunidade e rede básica de saúde vem sendo desenvolvidas desde novembro de 1996, graças à integração de atividades entre as coordenações de DST/Aids e de Atenção Básica dos vários níveis de governo (federal, estadual e municipal), estando as atividades de capacitação e de acompanhamento das ações descentralizadas para os estados e municípios.

Dependendo de sua atuação em área rural ou urbana respectivamente, cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) acompanha 400 a 750 pessoas, e cada Equipe de Saúde da Família (ESF) acompanha 2.400 a 4.500 pessoas. As capacitações dos Instrutores/Supervisores dos ACS ocorrem em oficinas, por técnicos multiplicadores das Coordenações de DST/HIV/Aids e do PACS/PSF, e com a colaboração de Assessores Técnicos, convidados para ministrar o conteúdo técnico-científico sobre prevenção e assistência às DST/HIV/aids. As capacitações dos ACS são realizadas pelo seu instrutor/supervisor e a capacitação de médicos e enfermeiros das ESF para atenção básica às DST e infecção pelo HIV/aids nas Unidades Básicas de Saúde (UBS/SF), são executadas através da integração dos Polos de Capacitação, Formação e Educação permanente do Saúde da Família, com as Universidades e os Centros de

Treinamento vinculados às Coordenações de DST/Aids.

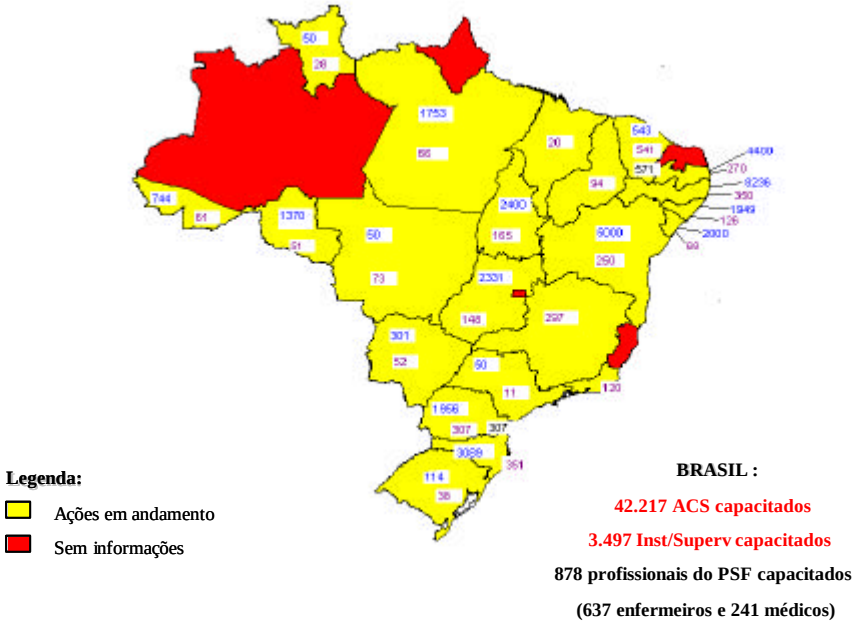
Com o objetivo de subsidiar essas capacitações, foram produzidos os seguintes materiais instrucionais:

- Manual do ACS "Prevenção e Controle das DST/AIDS na Comunidade";
- Livro da Família "Aprendendo sobre Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis";
- Vídeo e Livreto nº 18 da série "Agentes em Ação";
- Mini-álbum ilustrado: "O que precisamos saber sobre DST";
- Protocolo de Atenção Básica às DST e infecção pelo HIV/AIDS".

Até 15 de março de 2001, foram capacitados 3.497 instrutores/supervisores (enfermeiros), 42.217 ACS, 637 enfermeiros e 241 médicos do Programa de Saúde da Família, distribuídos conforme a Figura

Figura I: Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde e Instrutores/Supervisores Capacitados em DST/HIV/AIDS. Brasil, 2001.

Total de Agentes Comunitários de Saúde e Instrutores/Supervisores Capacitados em DST/HIV/AIDS - Situação até 15 de março de 2001



É importante enfatizar que o processo de construção da estratégia de prevenção e controle das DST/HIV/aids na comunidade e rede básica de saúde vem sendo desenvolvido sobre os pilares da descentralização e da integralidade da assistência. Essa estratégia visa promover a prevenção primária e secundária, principalmente através do trabalho dos ACS, que tem por vantagem a transmissão da informação e a educação em DST/HIV/aids respeitando os princípios sociais, culturais e a linguagem usada pela comunidade; e através do trabalho das ESF, que permite o diagnóstico precoce e assistência adequada aos portadores de DST, promovendo conseqüentemente o rompimento da cadeia de transmissão das DST e infecção pelo HIV. Com relação à assistência aos portadores do HIV/aids, as ESF estarão contribuindo para a melhoria de seu prognóstico, ao promover seu diagnóstico precoce, pelo aconselhamento ao teste anti-HIV a todas as gestantes, todos os portadores de DST e todas as pessoas com sintomas e sinais que sugerem a infecção pelo HIV ou doenças oportunistas relacionadas ao HIV. Outra atuação importante da ESF diz respeito ao auxílio para melhorar a adesão aos anti-retrovirais e à prevenção de infecções oportunistas pela instituição de regimes profiláticos

quando indicados. A prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e o controle da sífilis congênita fazem parte das ações desenvolvidas pelas ESF, visto que tem sido objeto de preocupação, a captação precoce das gestantes de sua área de abrangência para a realização do pré-natal; a realização do VDRL no mínimo duas vezes no pré-natal; o oferecimento do teste anti-HIV a todas as gestantes; e o tratamento e seguimento das gestantes (e seus parceiros) com sífilis, das gestantes/puérperas HIV positivas e crianças expostas ao HIV conhecidas em sua área de atuação.

Cuidados Paliativos e Saúde Mental para Pacientes com HIV/aids

Em maio de 2000, a Coordenação Nacional de DST e AIDS iniciou suas ações na área de cuidados paliativos. Foram identificados três serviços de referência, o Instituto de Infectologia Emílio Ribas - SP, o Hospital Nossa Senhora Conceição - RS e o Hospital dos Servidores do Estado - RJ. Em seguida, a Coordenação Nacional elaborou um Projeto de Qualidade de Vida para Pessoas com HIV/aids-Cuidados Paliativos, com os objetivos de:

- proporcionar uma forma de atendimento integral, terapêutica e psicossocial aos pacientes portadores de HIV/aids atendidos nos serviços de referência (Hospital Convencional, Hospital-Dia, Serviço de Atendimento Especializado, Atendimento Domiciliar Terapêutico e Ambulatórios Referência);
- produzir metodologia para capacitação de profissionais que atendem nos serviços especializados SAE, HD e ADT;
- produzir material instrucional sobre cuidados paliativos;
- promover seminário ou conferência anual sobre o tema;
- desenvolver pesquisas para avaliar eficácia das ações.

Em 16 de agosto de 2000, foi instituído um Grupo Assessor em Cuidados Paliativos, com representantes dos três serviços de referência mencionados, cujos principais objetivos são elaborar o Manual de Cuidados Paliativos em Aids e elaborar material para módulo de Cuidados Paliativos em treinamentos de SAE, HD e ADT. O primeiro treinamento em Cuidados Paliativos para as alternativas assistenciais será realizado na primeira semana de junho de 2001 em Porto Alegre e contará com seis serviços: SAE (RS), HD (SP), ADT (SP), 2 hospitais gerais (RJ e SP) e 1 centro de referência em DST/aids (SP). O material para treinamento está sendo desenvolvido por um grupo de consultores.

A partir de 1997, por proposta da Comissão Nacional de Aids (CNAIDS), a articulação Aids/ Saúde Mental foi incorporada às ações da Coordenação Nacional de DST e Aids, o que substantivou as manifestações da OMS, considerando os direitos humanos intrínsecos à terapia psiquiátrica. Atualmente, as ações nesta área estão em processo de implantação de sete projetos regionais em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos estados do MA, MG, MS, PA, RJ, RS, SE e SP seguindo as estratégias de descentralização e sustentabilidade, com sua incorporação ao SUS.

Já foi iniciado o processo de seleção de mais sete CAPS/NAPS para implantação desse tipo de projeto em 2001.

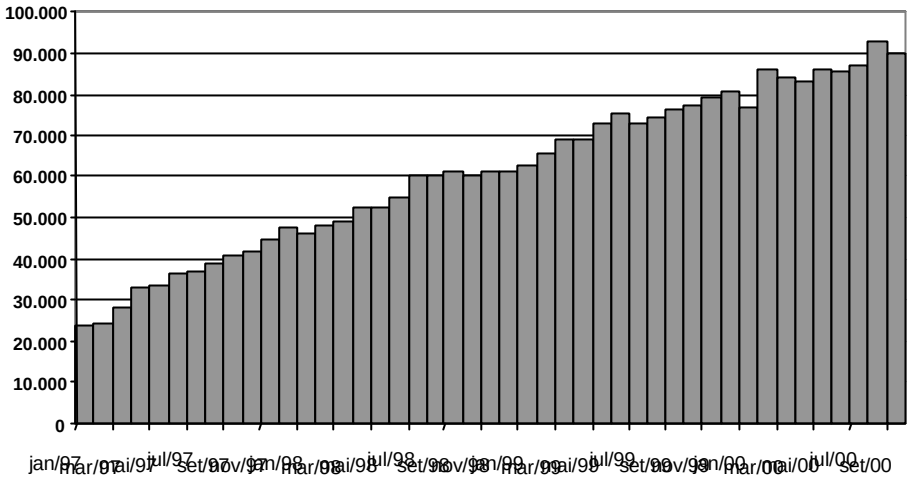
Foi implantado um Centro de Estudos e Treinamento em Saúde Mental e Aids em Niterói (RJ), que estará capacitando profissionais da área de saúde mental em DST/HIV/aids.

Acesso aos Medicamentos para Tratamento da Infecção pelo HIV e Infecções Oportunistas

Atualmente, cerca de 95.000 pacientes recebem anti-retrovirais na rede pública de saúde (95% adultos e adolescentes e 5% crianças). No ano de 1997, quando foi iniciado a disponibilização dos inibidores da protease, observou-se o maior aumento dos pacientes em tratamento, com um incremento de aproximadamente 26.000 pacientes. Em 1998, esse incremento foi de cerca de 14.000 pacientes e em 1999, de 19.500 pacientes. A Figura II apresenta a evolução temporal do número de pacientes infectados pelo HIV em terapia anti-retroviral no Brasil.

Figura II

Número de pacientes infectados pelo HIV em terapia anti-retroviral no Brasil (jan/97 a set/00)

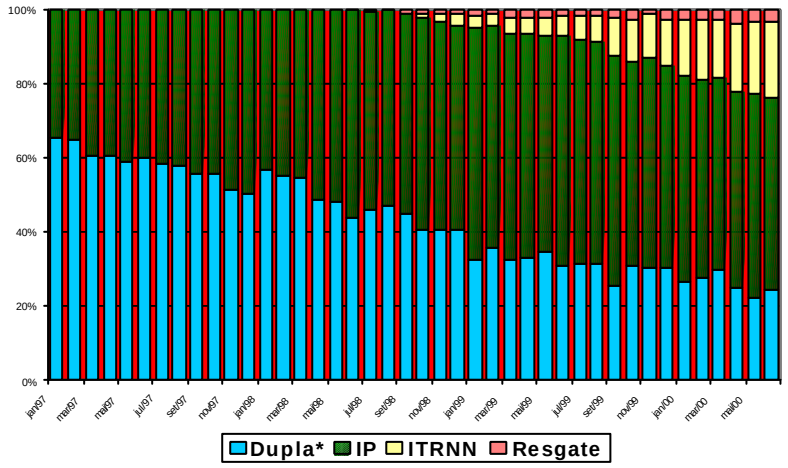


Fonte: Ministério da Saúde/Brasil

Os gastos do Governo Federal com a aquisição dos medicamentos de aids foram cerca de R$ 40 milhões em 1996, R$ 254 milhões em 1997, R$ 359 milhões em 1998, R$ 622 milhões em 1999, R$ 566 milhões em 2000 e estão estimados em R$ 760 milhões em 2001. O aumento dos gastos deve-se, principalmente, ao incremento do número de pacientes em tratamento, ao aumento da proporção dos pacientes em terapias mais complexas e à atualização das recomendações para terapia. Entretanto, no ano 2000 ocorreu uma redução dos gastos globais com aquisição dos medicamentos devido à significativa redução dos preços dos anti-retrovirais.

A Figura III mostra a distribuição evolutiva dos diversos tipos de esquemas anti-retroviral (ARV) empregados nos pacientes infectados pelo HIV no Brasil. Nesta figura, ITRNN refere-se aos inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo e IP aos inibidores da protease.

Distribuição (%) dos pacientes infectados pelo HIV segundo tipo de esquema ARV. Brasil, jan/97 a jun/00.



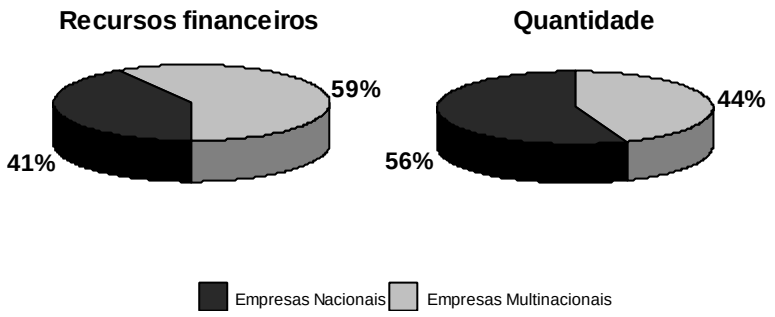
***Dados estimados**

Fonte: CN DST/AIDS/SPS/MS

Em 1999, a Coordenação Nacional de DST e Aids estabeleceu uma parceria com a Far-Manguinhos/FIOCRUZ/MS (laboratório farmacêutico responsável pelo fornecimento de 40% dos anti-retrovirais com produção nacional) para o desenvolvimento de formulação e rotas sintéticas dos medicamentos nevirapina e indinavir. A etapa de formulação já foi concluída e a distribuição de indinavir e nevirapina foram iniciadas, respectivamente, em junho/00 e julho/00. Atualmente, dos doze anti-retrovirais distribuídos pelo Ministério da Saúde, sete são produzidos por laboratórios nacionais.

Em 2000, 56% dos medicamentos anti-retrovirais que corresponderam a 41% dos gastos, foram adquiridos de empresas nacionais (62% de laboratórios estatais e 38% de privados) e 44% dos medicamentos anti-retrovirais que correspondem a 59% dos gastos, foram adquiridos de multinacionais farmacêuticas, conforme ilustrado pela figura IV.

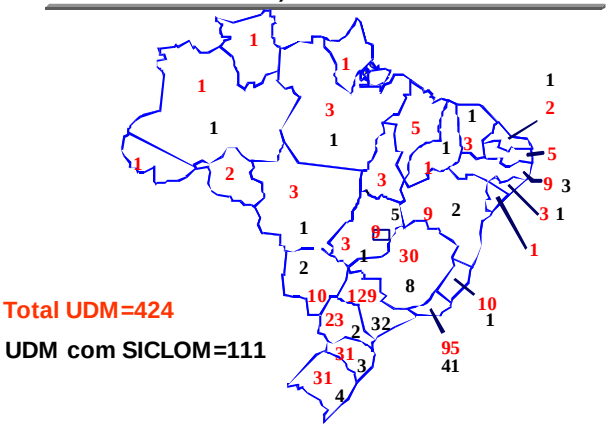
Distribuição (em %) dos recursos financeiros e quantidade da programação/2000 para anti-retrovirais segundo tipo de fornecedor. Brasil.



Atualmente, existem 424 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) de Aids no Brasil. O SICLOM já foi implantado em 111 unidades, que respondem pelo atendimento de 65% do total de pacientes do País; atualmente está sendo desenvolvido o módulo de gerenciamento destinado às Coordenações Estaduais de DST e Aids e está programada a implantação do SICLOM em todas unidades do estado de São Paulo e Rio de Janeiro no 1º semestre de 2001.

A Figura V mostra a distribuição do total das UDM de Aids no Brasil e especifica as que já estão informatizadas pelo SICLOM.

Unidades Dispensadoras de Medicamentos/AIDS e situação de implantação do SICLOM. Brasil, fevereiro/2001



A Coordenação Nacional de DST e Aids está iniciando um projeto em colaboração com a UNAIDS (Nações Unidas) intitulado "Implantação do Banco de Dados Internacional de Medicamentos de Aids", que tem por objetivo desenvolver e divulgar um sistema internacional de informações sobre aquisições e produção de medicamentos de Aids. A empresa para desenvolvimento do sistema já foi contratada, a fase de teste deve ser iniciada na 2ª quinzena do mês de março/01 e no segundo semestre de 2001 está programado o início da implantação do sistema.

A análise comparativa dos preços combinada às informações sobre as condições de aquisição, fabricantes, indicadores de qualidade e capacidade de produção fornecerá instrumentos aos Programas de DST e Aids, principalmente dos países da África, América Latina e Ásia, para otimizar os processos de compra dos medicamentos e, conseqüentemente, melhorar o acesso dos pacientes infectados pelo HIV aos medicamentos necessários ao seu tratamento.

A proposta de implantação do banco de dados também representa um passo importante da política de cooperação técnica do Governo Brasileiro, de apoio aos Programas de DST e aids, para melhoria da qualidade da assistência aos pacientes com HIV/aids. O sistema utilizará a tecnologia WEB para cadastro, atualização e divulgação dos dados. Todos os dados serão informados diretamente pelas instituições e empresas cadastradas, e qualquer instituição e empresa com acesso a internet poderá habilitar-se para alimentar o banco de dados. O sistema deverá trabalhar com todos os medicamentos anti-retrovirais aprovados pelo Food and Drug Administration (FDA) e European Agency for the Evaluation of Medicinal Products (EMEA), e com os principais medicamentos para infecções oportunistas associadas a aids, na primeira etapa, e numa fase posterior poderá incluir dados de preços e condições para aquisição de matérias-primas para produção de medicamentos de aids.

Interação HIV-Tuberculose e Outras Co-infecções

A co-infecção HIV-tuberculose continua sendo um grande problema de Saúde Pública no Brasil, particularmente com o processo de interiorização e pauperização da epidemia de HIV/aids. Entre os pacientes portadores de tuberculose, os índices de infecção pelo HIV chegam, em média, a 30% nos locais de maior prevalência de tuberculose, e a 50% em populações de maior risco. Desde 1998, tem se observado um processo progressivo de integração institucional, operacional e de capacitação de recursos humanos entre os Programas de DST/Aids e Pneumologia Sanitária. Estados e municípios conveniados continuam promovendo atividades de capacitação de recursos humanos e permitindo uma maior integração dos serviços que atendem tuberculose e/ou HIV.

Em 2000 foram realizadas diversas reuniões entre os dois programas e foi publicado um Manual de Normas para a Tuberculose conjunto. A partir de 2001 está prevista uma integração ainda maior entre as Coordenações de Pneumologia Sanitária e de DST/Aids do Ministério da Saúde, no sentido de efetivar alterações operacionais na rede de saúde compatíveis com a melhoria do acesso e adesão dos indivíduos portadores de HIV a quimioprofilaxia para tuberculose, reduzindo as taxas de adoecimento por tuberculose entre esses pacientes e, conseqüentemente, melhorando sua sobrevida.

Atualmente, o teste com PPD e a quimioprofilaxia para tuberculose nos portadores do HIV são realizados quase que exclusivamente pelos programas de tuberculose estaduais e municipais. Esses indivíduos HIV positivos, embora sejam tratados pelos serviços de tuberculose, não são doentes de tuberculose, e ficam ligados aos dois programas, o que muitas vezes prejudica seu acesso aos serviços, a criação de vínculo e, conseqüentemente, a adesão à quimioprofilaxia. Assim, para promover uma maior integração operacional, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária concluiu o processo de aquisição de testes de PPD e repassará à Coordenação Nacional de DST/Aids os quantitativos necessários desses testes e de comprimidos de isoniazida para a realização de quimioprofilaxia para tuberculose nos indivíduos HIV positivos, conforme as recomendações técnicas estabelecidas pelo Comitê Assessor em Tuberculose-HIV e pelo Programa Nacional de Tuberculose. Tais recomendações estão previstas no Manual de Normas para Tuberculose recentemente revisado e publicado.

Além disso, os profissionais de saúde atuantes no Programa de Controle da Tuberculose terão, em seus treinamentos, a participação mais efetiva do Programa de DST/Aids, que atuará, também, na elaboração/atualização do material didático utilizado para os treinamentos, visando o reconhecimento precoce de soropositividade para HIV entre os doentes

de tuberculose, com conseqüente melhora da qualidade de seu tratamento e da sobrevida em geral.

No que diz respeito a outras interações infecciosas com o HIV, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo um processo de parceria integrada, semelhante ao já estruturado para a tuberculose, na área das hepatites virais (particularmente na co-infecção HIV-hepatite C) e na interação do vírus com grandes endemias regionais (leishmanioses, doença de Chagas e malária). No ano 2000, foi criado, via Portaria Ministerial, um grupo técnico assessor para elaborar as normas gerais e procedimentos técnicos e administrativos necessários para abordar a questão das hepatites virais em nível nacional (Grupo Técnico Hepatites), sendo que a Coordenação Nacional de DST/Aids representa a Secretaria de Políticas de Saúde nesse comitê. As diretrizes técnicas e instrumentos administrativos necessários para permitir o acesso público da população ao diagnóstico e tratamento da infecção pela hepatite C, inclusive os pacientes co-infectados com o HIV, foram recentemente publicadas em Portaria Ministerial, bem como o protocolo básico de diagnóstico e tratamento. O detalhamento desse protocolo, a operacionalização e a capacitação dos recursos humanos necessários para a plena efetivação desse processo estão em fase de elaboração. Com relação à co-infecção HIV-endemias, projetos-piloto que permitam obter dados para um diagnóstico situacional no cenário nacional, sobretudo do ponto de vista epidemiológico, estão em fase de elaboração e, no ano 2000, um comitê específico sobre o tema (Comitê HIV-Endemias) foi nomeado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS para definir as prioridades e a estruturação técnica e operacional desses projetos, previstos para serem iniciados durante 2001.

Qualidade de Serviços e Adesão ao Tratamento Anti-retroviral na Rede Pública de Saúde

Em um estudo de avaliação da adesão dos pacientes portadores de HIV/aids à terapia anti-retroviral, realizado no estado de São Paulo com o apoio da Coordenação Nacional de DST/Aids, observou-se que a taxa de adesão ao referido tratamento foi de 69%. Com o objetivo de melhorar esse índice e a assistência aos pacientes, foram realizadas 18 oficinas para capacitação de 556 facilitadores de grupo de adesão, de unidades de saúde e de organizações não governamentais que prestam assistência aos pacientes com HIV/aids, junto com a elaboração de material educativo de adesão, dirigido para pacientes e profissionais de saúde.

No mês de agosto de 2000, foi iniciado um projeto de pesquisa que tem por objetivo avaliar a "Qualidade da Assistência Ambulatorial nos Serviços Públicos de Atenção à aids no Brasil", em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O desenho da pesquisa prevê a análise dos serviços do ponto de vista das suas principais características institucionais e a avaliação das principais dimensões da qualidade técnica do cuidado, de modo a estabelecer um perfil geral da qualidade do processo de assistência e fornecer, a todos os níveis de gerência dos Programas de DST e AIDS, instrumentos para aprimorar a qualidade da assistência. Até a presente data, já foram realizados a revisão das normas da Coordenação Nacional de DST/Aids, a revisão bibliográfica e os grupos focais de usuários; o questionário estruturado está em fase final de elaboração e o cadastramento de todos os serviços que prestam assistência ambulatorial aos pacientes com HIV/aids no Sistema Público de Saúde foi realizado pelo telemarketing ativo do Serviço Disque Saúde do Ministério da Saúde desde agosto/2000 e encerrado no mês de março/2001.

Está prevista, também, a realização de um segundo projeto de pesquisa em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que irá avaliar a "Adesão ao Tratamento Anti-retroviral e Qualidade da Assistência Ambulatorial nos Serviços Públicos de Atenção à aids no Brasil". O desenho dessa pesquisa está apoiado na análise da qualidade dos serviços realizada no estudo anterior e na hipótese amplamente reforçada nos resultados da pesquisa que avaliou a adesão de usuários de 27 serviços do estado de São Paulo, de que a adesão está fortemente associada à qualidade do serviço. A principal finalidade desse projeto é avaliar quais os fatores relacionados à qualidade de serviço que representam riscos para não-adesão de modo a fornecer instrumentos que permitam otimizar as intervenções para melhorar a adesão ao tratamento.

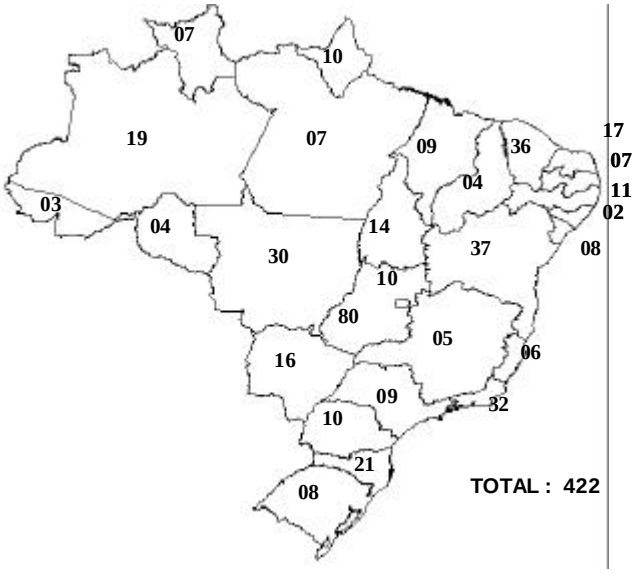
Prevenção da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita

Com os objetivos de iniciar as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis, e chamar a atenção de gestantes e profissionais de saúde, a Coordenação Nacional de DST e AIDS, juntamente com as Coordenações de DST e AIDS

dos estados e municípios, deu início a uma série de atividades que envolveram desde a realização de cursos e seminários para profissionais de serviços de pré-natal e maternidades, à realização de campanhas, com produção de fôlderes, posteres e vídeos para gestantes e profissionais de saúde; manuais para profissionais de saúde; mensagens em rádio e televisão; e cartas para os secretários de saúde dos estados e municípios e para as Coordenações de DST/ Aids e de Saúde da Mulher e Criança.

Atualmente, as ações de prevenção da transmissão materno infantil do HIV e sífilis vem sendo desenvolvidas de forma integrada às atividades de assistência a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, desenvolvidas respectivamente pelas Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e Criança, Coordenações de DST e Aids dos vários níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), e Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estando as atividades de capacitação e de acompanhamento das ações descentralizadas para os estados e municípios. Os Grupos de Investigação de Sífilis Congênita, atualmente sob a coordenação dos programas de DST e Aids dos estados, têm forte influência sobre a resposta brasileira no grande projeto de controle da doença nas Américas (OPAS, 1993). A Figura VI apresenta a distribuição desses Grupos de Investigação de Sífilis Congênita no País.

Distribuição dos Grupos de Investigação de Sífilis Congênita por UF - Brasil, março 2001.



Com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência no pré-natal, no parto e puerpério, e ao recém-nascido, o Ministério da Saúde disponibilizou recursos financeiros para promover a reorganização do atendimento às gestantes de alto risco no SUS. Foram elaborados e enviados para os profissionais de saúde, via Secretarias Estaduais de Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras (ABENFO), os Manuais Técnicos de Assistência Pré-Natal (onde constam informações sobre o teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste) e de Gestação de Alto Risco (com informações para o manejo adequado de gestantes HIV positivas e crianças expostas ao HIV).

Em julho de 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que tem por objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal. Este programa busca estimular a captação precoce da gestante (primeira consulta até o 4º mês) e a realização dos exames laboratoriais considerados rotina no pré-natal, entre eles a realização do VDRL com um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana de gestação, e a oferta do teste anti-HIV com aconselhamento pré e pós-teste. Essa iniciativa propiciará a organização da rede de saúde com

vinculação das unidades que prestam atenção pré-natal com uma determinada maternidade para que a mulher tenha a garantia da vaga para o momento do parto. Este trabalho será complementado por Centrais Reguladoras dos Leitos Obstétricos.

Obedecendo a essa lógica, serão organizadas no SUS, à proporção que os municípios aderirem ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a assistência pré-natal e parto para as mulheres portadoras do HIV, o seguimento das crianças verticalmente expostas ao HIV, e a assistência de crianças com sífilis congênita. Complementando, será distribuído, em breve, um Manual sobre Humanização no Pré-natal e Nascimento (onde constam informações para o manejo adequado de parturientes, puérperas e crianças verticalmente expostas ao HIV). As informações sobre todos os eventos do pré-natal e do parto deverão ser enviadas ao Ministério da Saúde por meio de um sistema de informação desenvolvido pelo DATASUS, o SISPRENATAL. Encontra-se em andamento a elaboração de um manual para profissionais de saúde dos serviços de pré-natal e parto, sobre aconselhamento de gestantes e de parturientes e puérperas infectadas pelo HIV. Além disso, dois outros manuais sobre substitutos do leite materno e alimentação infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV estão sendo elaborados, sendo um para orientação dos profissionais de saúde e outro para orientação às mães HIV positivas.

Com o objetivo de fortalecer as ações de redução da Transmissão Materno infantil do HIV e controle da Sífilis Congênita desenvolvidas no âmbito das coordenações estaduais e municipais, e visando captar gestantes e parturientes assistidas no SUS que chegam no último trimestre de sua gestação e no momento do parto, sem terem sido anteriormente aconselhadas e testadas para o HIV (estimadas em cerca de 40%), a Coordenação Nacional de DST/Aids realizou a compra de 300.000 testes rápidos anti-HIV. Igualmente, foram comprados 300.000 testes rápidos para diagnóstico de sífilis, visto que as gestantes/parturientes não aconselhadas e testadas para o HIV, acima referidas, também não são testadas para sífilis. A rotina preconizada, de realização de VDRL na admissão para o parto/curetagem, vem sendo aplicada de maneira significativamente uniforme em todo o País, o que não exclui a indicação do uso dos testes rápidos em algumas situações especiais. As situações que, neste momento, devem nortear as indicações de utilização deste tipo de teste para sífilis são:

- Gestantes atendidas no 3º trimestre que não realizaram o 2º teste com VDRL (rotina) até a 28ª semana, ou ainda, que não realizaram testes para sífilis em nenhum momento da gestação.
- Parturientes não testadas previamente ou com resultados dos exames não disponíveis na admissão hospitalar, ou ainda, que não realizaram o pré-natal.
- Como triagem inicial de gestantes em acompanhamento pré-natal, quando as facilidades metodológicas dos testes rápidos compensem a ausência de uma estrutura laboratorial mais complexa ou de custo mais elevado.

As ações desenvolvidas nos serviços de planejamento familiar são igualmente importantes para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis, pois promovem a prevenção de gestações em mulheres HIV positivas cujas condições laboratoriais e clínicas sejam desfavoráveis e/ou quando não há desejo de engravidar por parte da mulher. Com o objetivo de informar os profissionais de saúde desses serviços, promovendo assistência adequada à mulher ou ao casal, foi elaborado um Manual de Planejamento Familiar. Neste manual, perpassando a indicação de todos os métodos, é abordado o aspecto da dupla proteção (proteção da gravidez e das DST/HIV); em capítulo específico, são abordadas as informações para a anticoncepção na mulher portadora do HIV. Quanto à disponibilização dos método contraceptivos, caberá à Coordenação Nacional de DST/Aids participar com o suprimento de preservativos masculinos e à Área Técnica da Saúde da Mulher com os outros métodos.

A possibilidade de realizar exames que permitam uma abordagem rápida e relativamente segura de seus resultados tem grande importância estratégica quando da atuação em contingentes populacionais maiores (em *screening*). A aplicação de testes rápidos para a identificação de casos de sífilis é relativamente recente em nosso País, sendo utilizada principalmente na identificação de gestantes não testadas para sífilis pelo método usual (VDRL), como, por exemplo, em campanhas de massa. Esta estratégia é útil no manejo da situação epidemiológica, já que amplia a visibilidade do problema, permitindo a identificação de áreas prioritárias para atuação, através da qual rompe-se o elo de transmissão da infecção, evitando-se com isso complicações posteriores severas, ao

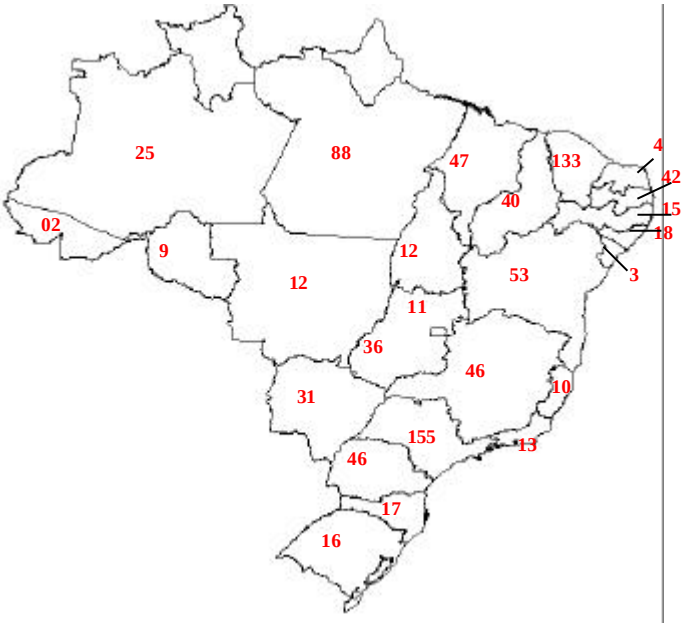
mesmo tempo que proporciona espaço para discussão de medidas preventivas (educação em saúde).

Este tipo de abordagem também tem sido implementado em outras populações, como no desenvolvimento de um projeto de intervenção junto a militares do Exército Brasileiro, para o qual 125.100 testes rápidos foram destinados. Neste projeto, aproximadamente 100.000 militares foram submetidos ao teste, no período de janeiro a fevereiro de 2001, e os casos positivos foram submetidos a tratamento (também fornecido pela Coordenação Nacional de DST/Aids), de acordo com a rotina preconizada para os casos de sífilis. Um percentual de 1% dos participantes preencheu um questionário para avaliação comportamental. Dados do Projeto Exército, obtidos em 1996, mostraram taxas de prevalência, em conscritos, variando de 0,4 %, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a 0,8% nas regiões Norte e Nordeste. Os dados referentes a este projeto ainda não estão disponíveis. Promover este tipo de abordagem em uma população específica como a de militares auxilia na percepção da magnitude do problema em uma amostra da população masculina jovem e sexualmente ativa. À possibilidade de não só promover o diagnóstico precoce de infecções pelo Treponema pallidum ainda assintomáticas ou em estado de latência clínica, mas também de prover aos casos detectados um tratamento adequado, agrega-se a oportuna orientação quanto a medidas de prevenção das DST/HIV.

ANÁLISE DA RESPOSTA

Apesar de o número de serviços de saúde que promovem atenção às DST (que corresponde às unidades cadastradas na Coordenação Nacional de DST/AIDS) ter apresentado um acréscimo no período de setembro de 2000 a março de 2001, ainda representa um percentual reduzido em relação ao total de unidades de saúde do País. A estratégia da atenção global, por meio da Abordagem Sindrômica, vem sendo continuamente ampliada na rede pública, pela da capacitação de profissionais de saúde, incluindo laboratório através do TELELAB, da disponibilização de medicamentos pelos programas estaduais e municipais de DST e aids, e de projetos e aquisição de insumos de laboratório, incluindo equipamentos e reagentes.

Distribuição das Unidades de Assistência a Portadores de DST. Brasil, abril 2001

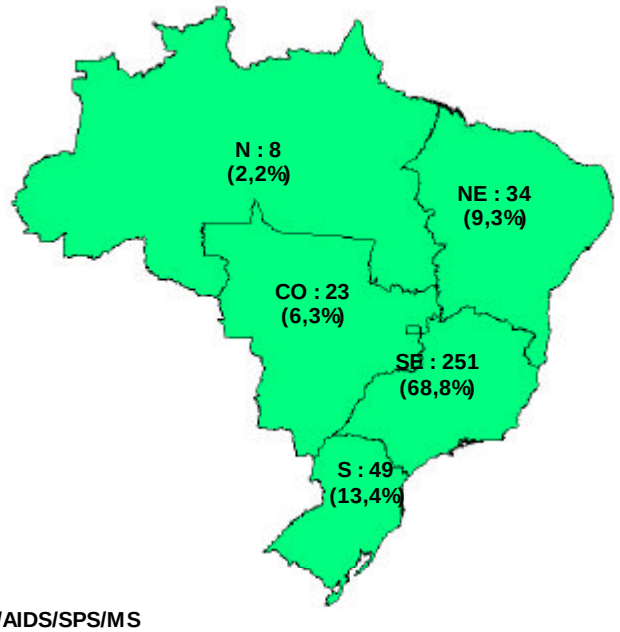


A sífilis congênita vem a reboque, envolvendo um grande número de serviços atuantes, e tendo ampliada sua visibilidade enquanto problema de saúde pública neste momento em que se busca seu controle. Os Grupos de Investigação de Sífilis Congênita ainda requerem uma estrutura de avaliação e controle adequados para que se garanta que as condutas sejam adequadamente empregadas, tanto nos recém-natos infectados quanto suas mães, e parceiro(s) dela.

No que tange os serviços alternativos assistenciais em HIV/aids, observamos um menor ritmo de crescimento no número de serviços novos implantados pelo nível federal, quando comparado com o Projeto AIDS I, e que os mesmos ainda concentram-se na região Sul e Sudeste do País. É importante enfatizar que esse menor ritmo se justifica pela diminuição sensível nas necessidades de hospitalização e mesmo de serviços alternativos de HD e ADT, ocasionada pelo amplo acesso à terapia anti-retroviral combinada a partir de 1996. Atualmente, o controle clínico-terapêutico dos pacientes portadores de HIV/aids é realizado eminentemente pelos SAE e em ambulatórios gerais da Rede Pública de Saúde. Ademais, o processo de implantação, implementação e credenciamento desses serviços está em fase de descentralização, sendo realizado pelas Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids, particularmente nos estados da região sul e sudeste, onde se concentra a maior parte dos pacientes acometidos pelo HIV. No momento, a Coordenação Nacional de DST/Aids está re-avaliando o perfil dos serviços de alternativas assistenciais, no intuito de melhor definir as estratégias e necessidades desses serviços em nível nacional. Apesar de os treinamentos de natureza gerencial estarem sendo realizados a contento nas modalidades SAE, HD e ADT, observamos a necessidade de uma maior oferta de treinamentos de natureza técnica (aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos) para os profissionais que atuam nesses tipos de serviço.

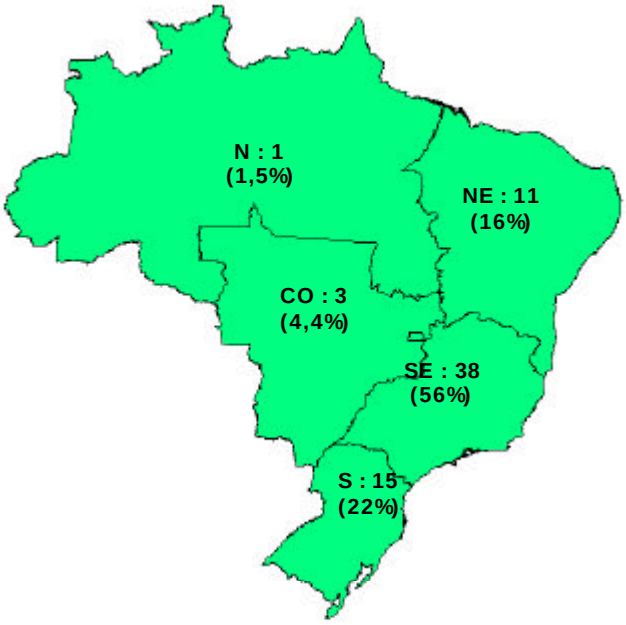
As Figuras de VIII a XII apresentam a distribuição dos vários tipos de serviços especializados de assistência aos portadores de HIV/aids, podendo ser observada a maior concentração nas regiões Sudeste e Sul.

Distribuição dos Hospitais Credenciados (HC) em HIV/AIDS.
Brasil, abril de 2001.



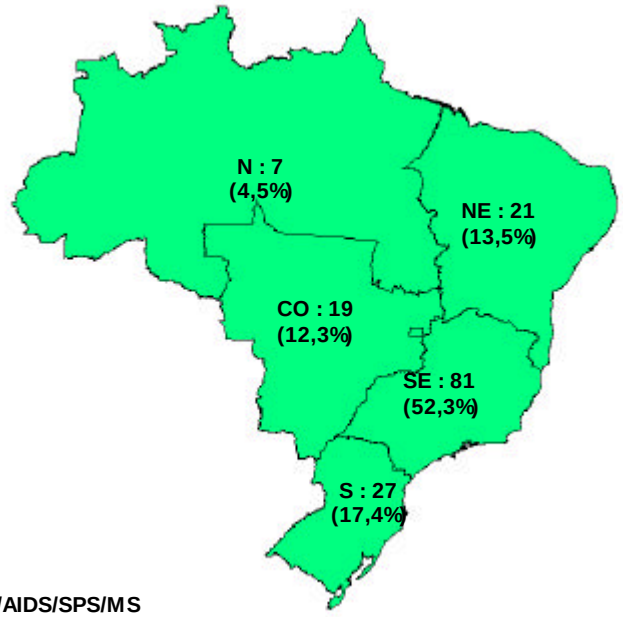
Fonte : UDAT/CN DST/AIDS/SPS/MS

Distribuição dos Hospitais-Dia (HD) em HIV/AIDS. Brasil, abril de 2001.



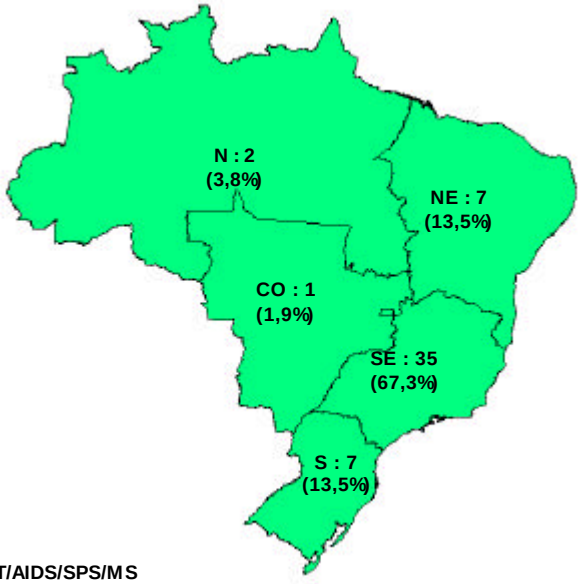
Fonte : UDAT/CN

Distribuição dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS. Brasil, abril de 2001



Fonte : UDAT/CN DST/AIDS/SPS/MS

Distribuição dos Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) HIV/AIDS. Brasil, abril de 2001.

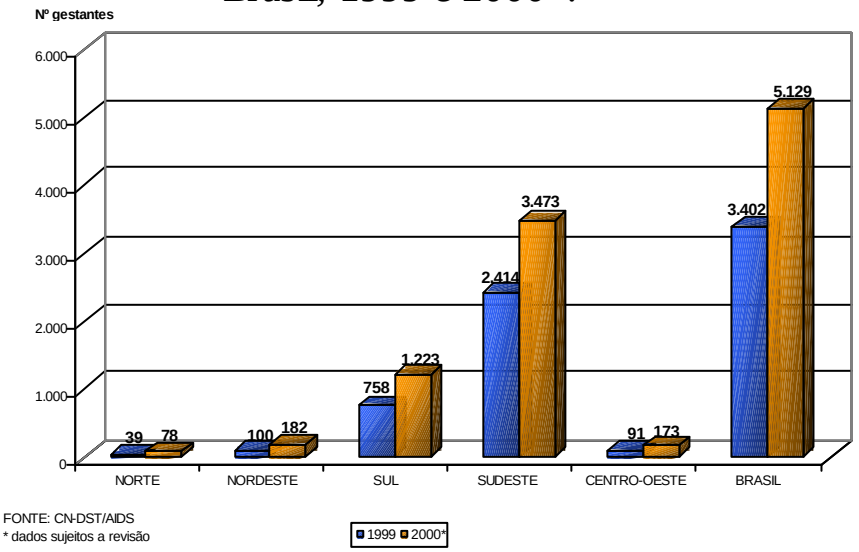


Fonte : UDAT/CN DST/AIDS/SPS/MS

Em relação às gestantes infectadas pelo HIV, no período de janeiro a dezembro de 2000, 5.344 mulheres receberam zidovudina (AZT) injetável durante o parto; de janeiro de 2001 a 15 de março de 2001, 409 mulheres receberam essa terapia.

Comparando os anos de 1999 e 2000, verificamos que a região Sul apresentou um aumento de 61%, a Nordeste de 82%, a Norte de 100%; a região Sudeste de 44% e a Centro-Oeste de 90% .

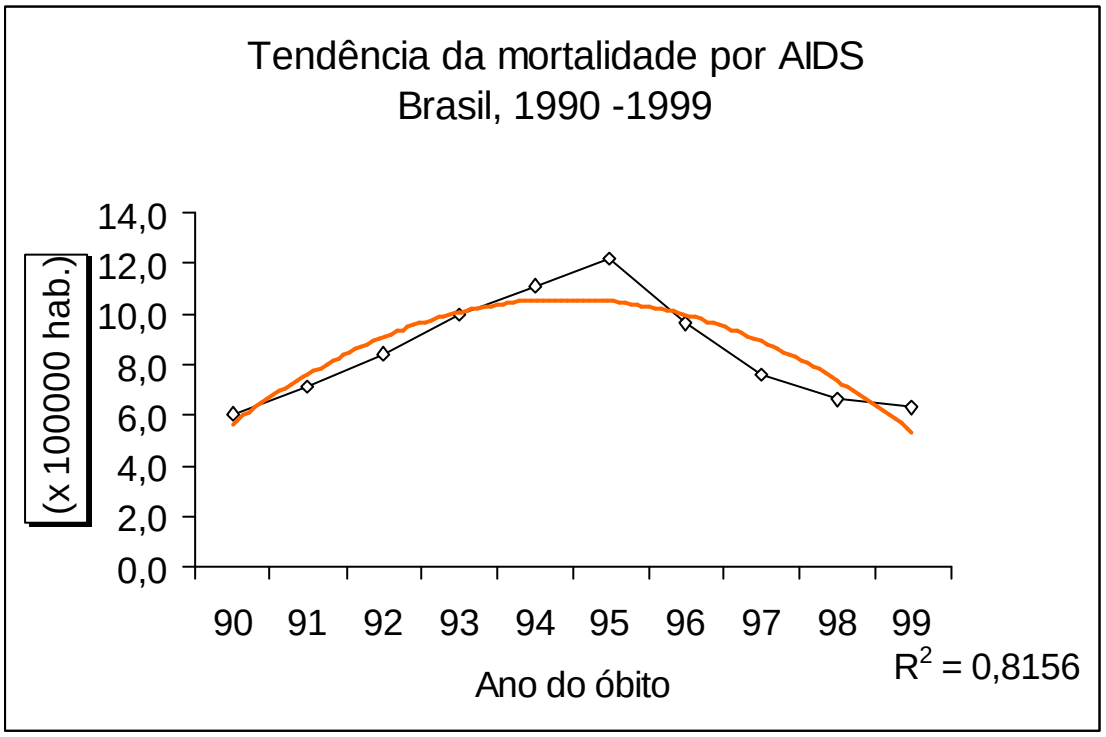
Número de gestantes HIV+ que consumiram AZT injetável, segundo macrorregião. Brasil, 1999 e 2000*.



FONTE: CN-DST/AIDS
* dados sujeitos a revisão

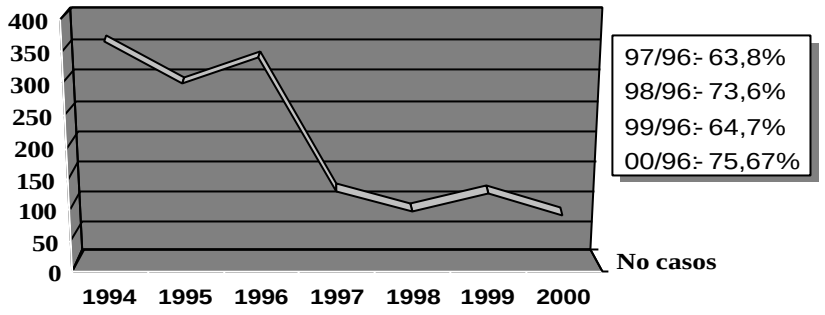
A política de medicamentos anti-retrovirais tem garantido maior sobrevida para os indivíduos infectados pelo HIV, o que minimiza o impacto da epidemia nas populações infectadas pelo vírus, especialmente aquelas em idade produtiva. Além disso, o programa de acesso universal à terapia anti-retroviral, somado a outras iniciativas, tais como o uso mais difundido de quimioprofilaxia para as principais infecções oportunistas e a disponibilização de modalidades alternativas de assistência (hospital-dia e assistência domiciliar), possibilita a redução das necessidades e dos custos das internações hospitalares e a redução de infecções oportunistas.

No que diz respeito à redução das mortes observou-se, nos últimos anos, uma redução expressiva na mortalidade ocasionada por aids. Em 1995, a taxa de mortalidade por aids atingiu 12,2 em cada grupo de 100.000 pessoas; em 1999, a taxa havia recuado para 6,3/100.000, o que representa uma queda no coeficiente de mortalidade de aproximadamente 48.4%. Em grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro (cidades onde se concentram mais de 31% dos casos conhecidos de aids no País), a redução na mortalidade foi ainda mais expressiva, sendo de aproximadamente 70% (SP - 54%, Rio - 73%), no período 1995-2000 (dados até agosto de 2000). A Figura XIII expressa a tendência da mortalidade por AIDS no país, observando-se a queda a partir de 1995.



Além da queda na mortalidade, observou-se uma diminuição de 60 a 80% na ocorrência dos principais processos oportunistas associados com imunodeficiência grave em pacientes com HIV/aids nos principais serviços assistenciais para esses pacientes, tais como criptococose, citomegalovirose e sarcoma de Kaposi. Segundo dados do Centro de Tratamento e Referência em DST/aids da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (CRT/AIDS-SP), a ocorrência de novos casos de tuberculose em indivíduos HIV positivos, nos quais o risco estimado é cerca de 800 vezes maior do que na população geral, apresentou uma redução de aproximadamente 76% no período de 1996 a 2000, nessa instituição, conforme ilustrado pela Figura XIV.

Tuberculose em pacientes infectados pelo HIV. CRT-DST/AIDS, São Paulo, Brasil (1994 -2000).



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
No casos	360	296	337	122	89	119	82

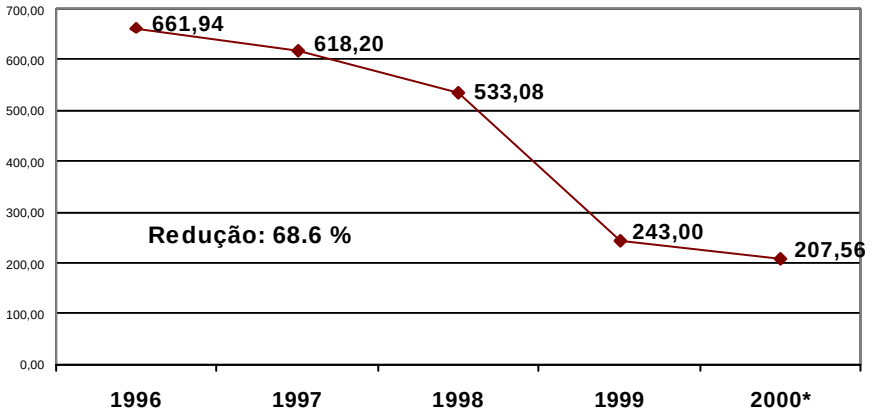
Fonte: CRT-DST/Aids (dados até 12/02/01)

Observou-se, também, uma redução nos gastos com medicamentos para tratamento das infecções oportunistas e nas internações hospitalares decorrentes dessas afecções.

Os preços dos medicamentos anti-retrovirais adquiridos pelo Ministério da Saúde têm apresentado uma tendência à queda nos últimos anos, devida, em boa medida, aos investimentos realizados para fomentar a produção dos laboratórios oficiais e à política de negociação de preços junto aos fornecedores exclusivos. O início da produção nacional dos medicamentos indinavir e nevirapina, no ano 2000, reduzindo os preços em 30% e 58%, respectivamente, diminuiu significativamente os gastos globais com aquisição dos medicamentos de aids, considerando a participação relativa de ambos os medicamentos nesses gastos. Em 2000, o indinavir foi responsável por 20% dos gastos e nevirapina por aproximadamente 7% dos gastos.

No Brasil, a redução dos custos dos medicamentos anti-retrovirais diminuiu consideravelmente os custos com a quimioprofilaxia com AZT para controle da transmissão vertical do HIV (protocolo ACTG 076 completo) de US$ 661,94 em 96 para US$ 207,56 em 2000 (variação de -68,6%), conforme apresentado na Figura XVI.

Custos da quimioprofilaxia com AZT, por gestante, para redução da transmissão vertical do HIV - ACTG 076 (em US$). Brasil (1996 - 2000)

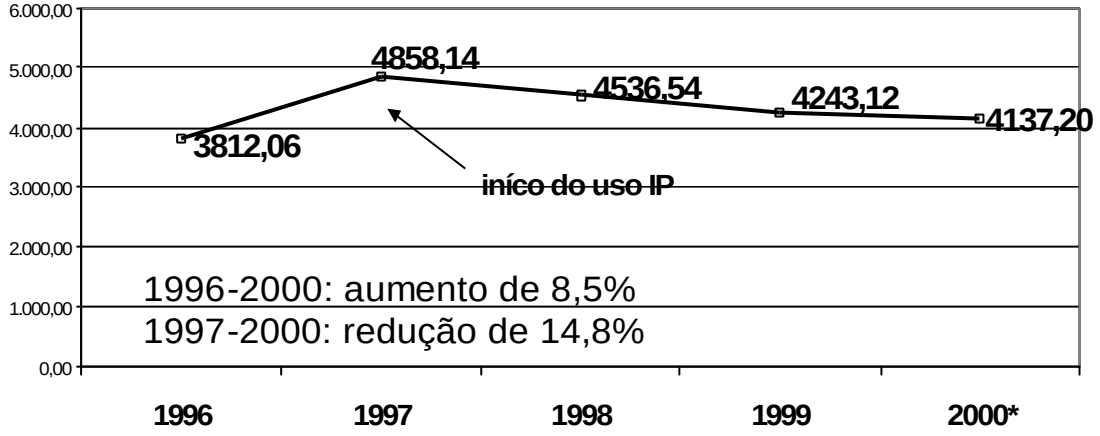


*Dados preliminares

Fonte: CN DST/AIDS/SPS/MS

De forma análoga, a já referida redução dos custos dos medicamentos anti-retrovirais teve impacto favorável nos custos e no custo médio ponderado da terapia dupla com inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN), constatando-se uma redução de US$ 3.812,06 por paciente-ano em 1996 para US$ 763,22[3] em 2000 (redução de 80%). As terapias triplas com inibidores da protease (IP) ou com inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo (ITRNN) apresentaram reduções de 35,7% e 34,4%, respectivamente. (IP - de US$ 7.341,87 em 1997 para US$ 4.716,84 2 em 2000; ITRNN - de US$ 4.583,74 em 1998 para US$ 3.008,70 2 em 2000). Tal efeito pode ser atribuído principalmente à redução dos custos dos análogos de nucleosídeo. O custo médio ponderado por paciente-ano em terapia anti-retroviral apresentou um aumento significativo de 1996 a 1997, devido ao início da distribuição dos IP; entretanto, de 1997 a 2000 esse custo vem apresentando uma queda de aproximadamente 15% (US$ 4.858,14 em 1997 para US$ 4.137,20 2 em 2000), apesar do aumento proporcional de pacientes em uso de esquemas terapêuticos mais complexos e de maior custo (conforme a Figura III já mostrara anteriormente).

Custo médio ponderado (em US$) por paciente-ano em terapia ARV. Brasil (1996- 2000)



***Dados preliminares**

A implantação do SICLOM tem demonstrado que o sistema pode efetivamente colaborar para o uso racional dos medicamentos anti-retrovirais. Na análise de 40.009 prescrições das 25 unidades dispensadoras no período de novembro/1999 a janeiro/2000, pode ser observado que 36.401 (91%) foram aprovadas pelo Sistema e 3.608 (9%) foram recusadas, e dentre as prescrições recusadas, 2.027 (5,1%) pacientes teriam recebido um esquema potencialmente danoso para sua saúde.

A pesquisa "Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família", realizada em 1999 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, revelou que o percentual das atividades relacionadas ao controle das DST apresentou uma melhora ao serem comparados os períodos antes e após a implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF):

- Com relação às DST, o diagnóstico passou de 28,3% para 92,8%; o tratamento passou de 29,0% para 94,0%; e a busca ativa de casos passou de 9,9% para 78,4%. Quanto à investigação de contatos e aconselhamento de pacientes de risco, aumentou de 16,3% para 83,6%. A proporção de ESF que realizaram simultaneamente as ações de controle das DST, acima relacionadas, foi de 71,8% após

[3] Os dados de 2000 são preliminares

a implantação das ESF (não foram incluídas nesses resultados as ESF dos estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais).

- Com relação ao pré-natal, a realização de consultas com médicos passou de 43,8% para 93,7% e com enfermeiros de 22, 1% para 86,2% e a realização do VDRL passou de 12,6% para 85,2%.

2.2.4. PRINCIPAIS DIFICULDADES

- Os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família encontram-se em constante expansão; entretanto, as equipes de multiplicadores dos estados e municípios geralmente são as mesmas para as várias estratégias de capacitação relacionadas ao controle das DST/aids, dificultando a realização das capacitações dos instrutores/ supervisores dos ACS e das ESF no ritmo que seria desejável.
- Há falta de priorização das ações de controle das DST por parte de muitas Coordenações Estaduais e Municipais.
- Ocorre grande rotatividade dos profissionais treinados, o que praticamente impossibilita a manutenção e consolidação de uma Rede de Referência e Contra-referência regionalizada para assistência às DST.
- Baixa qualidade do pré-natal e assistência ao parto; falta de profissionais de saúde para oferecer e realizar o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV nos serviços de pré-natal e parto; centralização e custo elevado dos testes anti-HIV, levando a disponibilidade limitada desses testes; e falta de sensibilização, apesar de todos os esforços, até então empreendidos, dos obstetras e ginecologistas e de outros profissionais de saúde nos serviços de pré-natal e parto, para promover o aumento progressivo de gestantes aconselhadas, testadas e tratadas para prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita.
- Desconhecimento por parte dos profissionais e/ou falta de condições nos serviços de saúde para manejo adequado dos pacientes (e parceiros) portadores de DST/HIV/aids.
- Necessidade de reciclagem dos profissionais que atendem nas modalidades de alternativas assistenciais.
- Falta de conhecimento sobre cuidados paliativos no Brasil.
- Problemas sociais, como pobreza e baixa instrução, são fatores importantes de não adesão dos pacientes à terapia anti-retroviral.
- Excessiva rotatividade e falta de qualificação dos profissionais de responsáveis pelo controle logístico dos medicamentos de aids em parte das unidades dispensadoras e em algumas Unidades Federadas;
- Dificuldades estruturais das Secretarias de Saúde e das unidades de saúde para manutenção dos computadores do SICLOM;
- Despreparo dos funcionários das farmácias para manejo de um sistema informatizado para controle de medicamentos.

Parte IV - Componente 3

Desenvolvimento Institucional e Gestão do Projeto

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DST/HIV/AIDS

Linha de Ação prevista no PAD

Vigilância epidemiológica, incluindo implantação e implementação: a) do sistema de notificação de casos de aids, da infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas à transmissão vertical, de algumas DST e da sífilis congênita; b) da vigilância-sentinela do HIV; c) do monitoramento do conhecimento e de práticas de risco para DST/HIV/aids; e d) de outros estudos epidemiológicos, com análise e publicação das informações para subsidiar as demais áreas técnicas.

Análise de Situação

Principais Estratégias e Linhas de Ação

- Normatização e coordenação técnica das ações de vigilância epidemiológica das DST, sífilis congênita e HIV/aids desenvolvidas em todo o País;
- Vigilância epidemiológica da aids por meio da notificação universal de casos confirmados, segundo a definição de casos de aids adotada no País, utilizando um software (SINAN/CENEPI), para padronização da entrada e gerenciamento de dados, em parceria com as secretarias estaduais de saúde;
- Implantação de novo software, versão Windows, de vigilância epidemiológica das DST/aids, em parceria com o CENEPI;
- Vigilância epidemiológica do HIV em nível nacional, por meio da Rede Sentinela Nacional para Vigilância do HIV, a fim de estimar a soroprevalência em populações o mais representativas possíveis da população geral;
- Vigilância epidemiológica de gestante HIV positiva e das crianças expostas à transmissão vertical, por meio da notificação universal (respeitadas as normas éticas e a exequibilidade dos procedimentos) de casos confirmados, de acordo com a normatização da Coordenação Nacional de DST e Aids, utilizando o software SISGHIV, para padronização da entrada e gerenciamento de dados;
- Vigilância epidemiológica das DST pela notificação de casos etiológicos ou sindrômicos selecionados, em serviços cadastrados pela CN-DST/AIDS, utilizando-se o software SINAN/CENEPI, para padronização da entrada e gerenciamento de dados;
- Vigilância epidemiológica da sífilis congênita, pela notificação universal dos casos, utilizando o software SINAN/CENEPI, investigados em serviços de assistência pré-natal, maternidades e serviços de pediatria;
- Disponibilização das informações de HIV/aids em gestantes e crianças expostas, DST e sífilis congênita, retirados os identificadores pessoais e apresentadas de forma agregada, através de publicações trimestrais dos Boletins Epidemiológicos e pela home page da CN-DST/AIDS: www.aids.gov.br;
- Vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV, em populações específicas, com maior vulnerabilidade: HSH, profissionais do sexo, índios, presidiários e outras;
- Implementação da vigilância do HIV de 2ª geração (incorporando variáveis comportamentais) na rotina dos serviços de vigilância epidemiológica.

Detalhamento das ações desenvolvidas

Vigilância da AIDS

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da Aids está estruturado de forma descentralizada, porém, hierarquizada, conforme estabelecido pelas normas do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo os níveis municipal, estadual e federal. Os casos de Aids, notificados em todo País, são registrados em um sistema informatizado - o

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados são digitados a partir do nível local e enviados, por meio eletrônico, ao nível estadual e esse, por sua vez, os remete ao nível federal. Após a verificação da consistência dos dados, os mesmos são incorporados ao banco de dados nacional. É possível inferir tendências da epidemia de aids no País a partir da análise destes dados.

Trimestralmente, é produzido um Boletim Epidemiológico, impresso, de circulação nacional e também disponibilizado pela home page www.aids.gov.br, contendo dados epidemiológicos atualizados, assim como diferentes artigos abordando diversos aspectos da epidemia da aids no Brasil.

A Vigilância Epidemiológica dos casos de aids constitui um sistema complexo e dinâmico uma vez que deve incorporar novas definições de caso à medida que estas sejam adotadas. Em abril de 2000, passou a ser utilizada uma nova definição de caso de aids, para menores de 13 anos, objetivando aumentar a sensibilidade e a especificidade do critério de confirmação de caso. Foram realizadas reuniões macrorregionais para capacitação das equipes de vigilância, foi confeccionada nova ficha de investigação, sendo o sistema de informação adaptado para a inclusão da nova definição. Além disso, a Coordenação Nacional DST e Aids está testando em parceria com o Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI, um sistema informatizado em ambiente windows, para vigilância de diferentes doenças.

A manutenção dessas atividades de vigilância exige o acompanhamento constante das ações de vigilância no País. Com esta finalidade, são realizadas supervisões às coordenações estaduais e municipais, no sentido de auxiliar a incorporação de novas tecnologias, a descentralização das ações de vigilância epidemiológica do HIV/aids, a capacitação para manutenção da consistência do banco de dados e posterior análise. Entre os problemas freqüentemente observados estão: o desconhecimento, por parte dos profissionais, dos critérios de definição de caso de aids; a freqüência elevada de campos não preenchidos ou o preenchimento incorreto das fichas de investigação de casos, além das dificuldades referentes ao fluxo de informações e operacionalização do software. Somam-se a isto as necessidades de cruzamento de diferentes bancos (como o de mortalidade frente ao SINAN) e de uma constante revisão e atualização das normas técnicas da Vigilância Epidemiológica das DST e aids.

Visando padronizar as ações de treinamento da vigilância epidemiológica do HIV/aids em todo o País, a Unidade de Epidemiologia, junto com a Unidade de Treinamento e o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), estão elaborando um módulo específico para HIV/aids utilizando a mesma metodologia do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE), que foi adotado pelo CENEPI para treinamentos em todo País. Esse material instrucional, será validado em treinamento, com técnicos de diferentes estados do Brasil, no período de 13 a 18 de maio do corrente ano.

A despeito das dificuldades, o banco de dados produzido constitui uma rica fonte de informações que tem permitido sinalizar as tendências da epidemia e, dessa forma, definir as prioridades de intervenção nas áreas de prevenção e assistência.

Vigilância do HIV

- **Vigilância do HIV por Rede Sentinela**

  Foram mantidos os estudos-sentinela em clínicas de DST e suprimidos os estudos em prontos-socorros.

- **Estudos transversais com base populacional em parturientes**

A implantação do projeto de Vigilância Sentinela do HIV, no Brasil, teve início em maio de 1992. Após a implantação progressiva do projeto nas diferentes regiões brasileiras e a avaliação das dificuldades metodológicas e operacionais, em 1996, foi proposto um novo direcionamento na condução do projeto visando obter uma maior confiabilidade das informações.

A partir de 1997, o projeto vem sendo realizado por meio de estudos transversais, repetidos duas vezes ao ano, em três grupos-sentinela: pacientes atendidos em clínicas de DST, usuários de serviços de pronto-socorro e parturientes atendidas em maternidade. O grupo-sentinela das parturientes é, em geral, selecionado para a estimação das prevalências pelo HIV, por ser considerado o grupo com taxas mais parecidas àquelas apresentadas pelas mulheres de faixa etária equivalente.

Em agosto de 1999, realizou-se a oficina de "Avaliação do Projeto de Vigilância do HIV por Rede Nacional", com a finalidade de rever aspectos metodológicos e operacionais do projeto. Concluiu-se que a metodologia aplicada no período 1997-99 para a coleta das informações ainda apresentava deficiências importantes, impondo limitações para a inferência populacional e para o monitoramento espaço-temporal da infecção pelo HIV.

Em razão da seleção não aleatória dos sítios em que foi implementado o Projeto-Sentinela, a amostra não se mostrou representativa da população brasileira. Outra limitação importante refere-se ao fato da coleta de sangue das parturientes ser realizada, em grande parte dos municípios, em apenas um estabelecimento de saúde. Adicionalmente, no caso do estabelecimento ser de referência para aids, ou passar a ser após a implantação do Projeto-Sentinela, viés expressivo é introduzido na estimativa da prevalência da infecção pelo HIV. Sendo assim, foi necessário ajustar as estimativas de prevalência através de procedimentos estatísticos para que os resultados pudessem ser generalizados em nível nacional. Os resultados para os anos de 1998 e 1999 estão apresentados na tabela a seguir:

Estimativas do número, proporção (%) de infectados de 15-49 anos pelo HIV e correspondentes limites de 68% de confiança, segundo o sexo. Brasil, 1998 e 1999

Sexo		1998			1999		
		Estimativa	Limite Inferior	Limite Superior	Estimativa	Limite Inferior	Limite Superior
Feminino	Nº	181609	159452	203739	223768	193157	254059
	p(%)	0,408	0,358	0,458	0,492	0,425	0,559
Masculino	Nº	355311	311246	399326	399205	369582	428609
	p (%)	0,824	0,722	0,926	0,906	0,839	0,973
Total	Nº	536920	470698	603065	622973	562739	682668
	p (%)	0,613	0,537	0,689	0,696	0,629	0,763

Destaca-se que as estimativas aqui apresentadas devem ser examinadas com as devidas precauções, à luz das limitações das informações do Projeto-Sentinela.

Os estudos-sentinela em parturientes foram, em 2000, totalmente redesenhados, incorporando critérios de representatividade estatística através de estratificação, segundo tamanho populacional dos municípios e distribuição por macrorregiões. Manteve-se a metodologia anônima não vinculada, utilizando-se a sobra de material da rotina dos serviços. Foram sorteadas 150 instituições pertencentes ao Sistema Único de Saúde, nas quais são coletadas 120 amostras de cada sítio, totalizando 18.000 amostras em um corte anual.

A rede tem como objetivo monitorar a prevalência da infecção pelo HIV, ampliar a cobertura das informações sobre HIV/aids, com a possibilidade de estimar a população infectada pelo HIV em todo País, para o estabelecimento de políticas e direcionamento de prevenção e controle das ações da CN-DST/AIDS.

Para a operacionalização da rede foram realizadas 04 oficinas de trabalho para 150 maternidades, onde foram capacitados 150 profissionais, sobre os aspectos operacionais do projeto. Nesses encontros foram ainda abordados aspectos relacionados à humanização do parto, políticas para este segmento do Ministério da Saúde, a notificação de gestante HIV e considerações gerais sobre a transmissão vertical. O período estabelecido para a realização do corte foi de agosto a dezembro de 2000. A análise das amostras e a divulgação dos resultados desse estudo estão previstas para o segundo trimestre de 2001.

Na tabela seguinte observa-se os resultados dos seis cortes realizados entre 1997 e 1999, e os dados preliminares do corte de outubro de 2000, que permitem concluir que as taxas de prevalência na população de parturientes de 15 a 49 anos, encontra-se relativamente estável nos últimos 4 anos.

Tabela Soroprevalência do HIV em parturientes, segundo corte e região geográfica no Brasil.

Corte	Regiões	Nº de sítios	Total	Sorologia+ Nº	Prevalência %.
Março 1997	Centro-Oeste	2	368	4	1,1
	Norte	3	579	1	0,2
	Nordeste	8	1458	5	0,3
	Sudeste	15	2906	48	1,6
	Sul	4	779	13	1,7
	Brasil	**32**	**6091**	**71**	**1,2**
Outubro 1997	Centro-Oeste	4	795	3	0,4
	Norte	6	1053	6	0,5
	Nordeste	23	4199	26	0,6
	Sudeste	16	3168	22	0,7
	Sul	6	1019	32	2,7
	Brasil	**55**	**10234**	**89**	**0,8**
Março 1998	Centro-Oeste	5	808	2	0,2
	Norte	5	770	1	0,1
	Nordeste	23	4660	10	0,2
	Sudeste	17	3231	27	0,8
	Sul	6	1186	18	1,5
	Brasil	**55**	**10656**	**58**	**0,5**
Outubro 1998	Centro-Oeste	5	1015	3	0,3
	Norte	5	800	2	0,2
	Nordeste	21	4245	20	0,5
	Sudeste	15	2948	26	0,9
	Sul	5	1008	10	1,0
	Brasil	**51**	**10016**	**61**	**0,6**
Março 1999	Centro-Oeste	5	926	9	1,0
	Norte	5	988	1	0,1
	Nordeste	24	4652	10	0,2
	Sudeste	20	3948	58	1,5
	Sul	8	1566	12	0,8
	Brasil	**62**	**12080**	**90**	**0,7**
Outubro 1999	Centro-Oeste	5	1000	3	0,3
	Norte	4	656	4	0,6
	Nordeste	22	4386	24	0,5
	Sudeste	19	3656	40	1,1
	Sul	8	1648	20	1,2
	Brasil	**58**	**11346**	**91**	**0,8**
Outubro 2000 *	**Brasil**	**140**	**16477**	**100**	**0,6**

*dados preliminares

- **Vigilância Epidemiológica com os conscritos do Exército Brasileiro**

Em cooperação técnica com o Exército Brasileiro, vinha sendo realizada anualmente uma pesquisa comportamental sobre diferentes assuntos relacionados com DST e HIV/aids entre os conscritos que se apresentam em todo território nacional para alistamento militar.

Para o ano 2000, foi utilizado um questionário anônimo, não vinculado, aplicado a 32.000 conscritos, com o objetivo de investigar o conhecimento dos mesmos em relação à transmissão do HIV/aids e a freqüência de uso do preservativo masculino. Para conhecer as diferenças quanto ao seu uso, por nível socioeconômico e por grandes regiões do País, foi realizado um plano amostral, tomando como parâmetro, para o cálculo da amostra, a proporção de relações sexuais protegidas. Essa proporção foi estimada entre os conscritos que se apresentaram no ano de 1997, e novamente entre aqueles que se apresentaram em 1998, sendo ambas aproximadamente iguais a 40% (Szwarcwald *et al.*, 2000).

Para a operacionalização do estudo, foram realizadas reuniões de sensibilização e capacitação para os representantes das regiões militares, comissões de seleção e aplicadores do questionário. A aplicação do questionário iniciou-se em julho e foi finalizada em setembro. A análise e a divulgação dos resultados desse estudo também estão previstos para o 2º trimestre de 2001.

No ano de 2001, este estudo não será replicado, devido à variação pouco expressiva dos resultados de um ano para o outro, sendo os esforços direcionados para outras populações.

- **Vigilância Epidemiológica das Gestantes HIV+ e Crianças Expostas**

Essa vigilância possibilita o rastreamento de gestantes HIV+ e crianças expostas, para que a adoção de tratamento/profilaxia possa ser efetuada quando indicado. Esta vigilância permitiria ainda o acompanhamento e avaliação constante da qualidade das ações de prevenção da transmissão vertical nos serviços de saúde, a operacionalização do Protocolo ACTG 076, além do monitoramento das tendências da epidemia nesta população, facilitando as atividades de planejamento das ações de prevenção e assistência.

Para regulamentação dessa vigilância, foi publicada, em 04 setembro de 2000, a portaria nº 993, que altera a lista de doenças de notificação compulsória em todo território nacional, incluindo a vigilância de gestantes HIV+ e crianças expostas.

Para a operacionalização desse sistema de vigilância, devem ser notificados todos os casos de gestantes infectadas pelo HIV e de crianças filhas de mães soropositivas ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV, por meio de ficha de notificação padronizada, e um sistema de informação (SISGHIV) próprio, nos diversos níveis do SUS.

Até a presente data, 2.700 gestantes HIV+ e crianças expostas foram notificadas. Embora, praticamente, todos os estados realizem as ações de profilaxia e assistência às gestantes soropositivas, nem todos estão utilizando o SISGHIV. O sistema de informação desenvolvido pela CN-DST/AIDS está sendo implantado em todas as unidades federadas, porém em diferentes momentos.

Vigilância epidemiológica da sífilis congênita

De acordo com o Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desde 1995 até março de 2001, foram notificados 10.353 casos de sífilis congênita. Para o ano 2000, 56% dos casos notificados foram assintomáticos ao nascer, 63% das mães destes casos realizaram pré-natal, sendo que 41% delas realizaram entre 3 e 5 consultas, e 37% entre 6 e 9 consultas. Aproximadamente 90% dos casos notificados foram classificados como portadores de sífilis congênita recente, sugerindo uma maior atuação dos serviços de parto na busca ativa dos casos entre as gestantes e recém-natos.

No Brasil, existem 426 serviços com Grupo de Investigação da Sífilis Congênita (GISC) cadastrados junto à CN-DST/AIDS. Desde 1996, a CN-DST/AIDS recebeu 1073 relatórios desses grupos. Os relatórios enviados até março de 2001 registraram 399.229 atendimentos de pré-natal, com 55% de exames VDRL realizados e 1,4% VDRL reagentes, com 80% das gestantes tratadas nesses serviços. Além disso, foram registrados outros 685.046 atendimentos de parto, com 58% de exames VDRL realizados e 2,4% VDRL reagentes. Foram registrados 459.167 nascidos vivos, nesses serviços; destes, 0,7% apresentaram sífilis congênita.

A implantação do GISC como peça-chave da estratégia de eliminação da sífilis congênita vem se mostrando altamente positiva à medida que, consistentemente, tem se observado o incremento nas notificações do agravo em todas as regiões do País, o que, provavelmente, indica a adoção sistemática das normas de diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica.

O processo de implantação e implementação das atividades que se destinam ao controle da sífilis congênita tem sido realizado sistematicamente. A partir de fóruns, seminários e treinamentos, nos quais a CN-DST/AIDS se faz representar, busca-se sensibilizar e atualizar profissionais de saúde e gestores quanto à necessidade de se abordar a sífilis congênita enquanto grave problema de saúde pública. O agravo é passível de controle e mesmo eliminação, adotando-se medidas relativamente simples e de baixo custo operacional. Recente estudo realizado em 25 serviços com GISC implantado revelou uma prevalência pontual de 1,7% de infecção por sífilis em parturientes. No entanto, o estudo-sentinela do HIV em maternidades, contando com a participação de mais de 30.000 parturientes, revelou taxas de prevalência com variações (regionais e por diferentes estratos) entre 5 e 7 % para a infecção por sífilis. No primeiro semestre de 2000, foi estabelecida a normatização dos procedimentos de coleta, análise e notificação, e promovida a descentralização da gerência dos Grupos de Investigação de Sífilis Congênita, que passou às coordenações de estados e municípios conveniados à CN-DST/AIDS. Essas se encarregarão de enviar à CN-DST/AIDS um consolidado trimestral de todos os grupos de investigação do estado. Até este momento, o número de relatórios consolidados é bastante pequeno, não se prestando ainda a análises. Correspondências às Coordenações Estaduais de DST e Aids solicitando providências já foram enviadas.

Vigilância das DST

Em 1997, foi iniciado o processo de implantação de um sistema de vigilância de DST, em serviços selecionados, que contam com recursos humanos capacitados para a atenção integral às DST e com algum grau de resolução diagnóstica. Um sistema informatizado foi desenvolvido para a digitação das fichas de notificação individual, que tinha ao mesmo tempo características de um sistema de informação gerencial. Entretanto, devido a dificuldades na operacionalização, relacionadas principalmente à execução de forma padronizada das provas laboratoriais, diagnósticos etiológicos e preenchimento adequado das fichas individuais de investigação e à impossibilidade de se manter procedimentos regulares de supervisão, o processo foi interrompido, já que não estava sendo possível obter dados fidedignos, representativos e consistentes.

Foi então proposto e está sendo implementado novo modelo de vigilância que tem como objetivo fundamental oferecer subsídios para o planejamento, gerenciamento e avaliação das medidas de prevenção e controle das DST.

Inicialmente o sistema permitirá: monitorar as tendências das principais DST e avaliar as freqüências relativas das DST. Posteriormente, o sistema permitirá: monitorar os casos incidentes e reincidentes das DST agudas e monitorar os casos prevalentes das DST crônicas ou com tendência à cronificação.

Essa nova modalidade de vigilância de DST tem como base a notificação imediata de determinadas doenças específicas e síndromes, inicialmente, em locais selecionados. Trata-se de um sistema de vigilância simplificada, que não exige maiores investimentos ou recursos em termos de pessoal e de tecnologia mesmo porque está baseado no SINAN, sistema amplamente disseminado por todo o País.

Embora o sistema esteja disponibilizado em todo o País, inicialmente serão acompanhadas e avaliadas as notificações feitas em cerca de 1.000 (mil) serviços selecionados, cujas rotinas de investigação esteja plenamente implementada, ou em processo de implementação, para atenção às DST. Esses serviços foram selecionados pelos coordenadores de DST e aids de estados e municípios, baseando-se nos seguintes critérios (não necessariamente em conjunto): atenderem casos de DST de forma sistemática, possuírem seus quadros profissionais já treinados para esse fim, serem referência para o Programa de Saúde da Família (PSF), ou serem de importância estratégica para estados ou municípios.

Estima-se que essa rede de serviços, que cobre todos os estados e os principais municípios do País, esteja atendendo, a partir do segundo semestre de 2001, cerca de 80% dos casos de DST que demandem assistência no sistema público de saúde.

Já se encontra inserida no SINAN uma lista de seis DST, sendo três síndromes e três doenças específicas, que será utilizada para a notificação simplificada. São elas: corrimento uretral, ulceração genital, corrimento cervical, herpes genital (primeiro episódio), verruga genital (primeiro episódio) e sífilis (exceto a sífilis primária). Essas doenças e síndromes são consideradas estratégicas do ponto de vista epidemiológico por serem altamente incidentes e/ou prevalentes, por permitirem a identificação de uma população sob alto-risco para a aquisição do HIV (a dos portadores de DST) e pelo fato de seu monitoramento permitir ações concretas para o seu controle e para o controle da transmissão do HIV.

Estudos de sobrevida

A sobrevida dos pacientes de aids vem aumentando nos países desenvolvidos, devido principalmente ao aprimoramento de serviços e de meios diagnósticos e terapêuticos (Grangeiro et al., 1995).

Para o Estado de São Paulo como um todo, Grangeiro et al. (1995) observaram um tempo médio de sobrevida, de 1985 a 1991, de 232 dias, com variação de 201 dias (casos de transmissão vertical) a 259 dias (hemofílicos), em 7.480 casos notificados. Em estudo anterior, para o conjunto do País, Chequer et al. (1992) registraram o tempo médio de sobrevida de 5,1 meses, aproximadamente 153 dias, entre 2.135 casos notificados no período de 1982 a 1989. Nos países mais desenvolvidos, à época, este tempo médio de sobrevida era substancialmente maior (Friedland et al., 1991; Lemp et al., 1990).

Vários fatores podem explicar a mudança observada ao longo do tempo nas curvas de probabilidade de morte, a partir da data de diagnóstico. Parte do decréscimo de risco é devido ao desenvolvimento de novas terapias no tratamento da aids, que vêm trazendo mudanças na curva de sobrevivência. Para avaliar as alterações na sobrevida dos pacientes de aids no País, estão sendo desenvolvidos dois estudos:

- **Estudo da sobrevida de pacientes menores de 13 anos**

Esse estudo visa comparar o tempo de sobrevida, ao longo de 18 meses após o diagnóstico de aids, em crianças de 0 a 12 anos diagnosticadas até 31/12/98, notificadas à CN até 31/12/99, e com seguimento até 31/06/2000.

Serão estudadas: categoria de transmissão, ano de diagnóstico, sexo, ano de nascimento, idade na data do diagnóstico, principais doenças indicativas, terapêutica utilizada e local de atendimento.

A amostra é de cerca de 1.800 crianças, atendidas em Belém, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Santos, São José do Rio Preto, Campinas e Porto Alegre, representando as cidades com o maior número de casos em cada macrorregião. O trabalho de campo iniciou-se em maio, e os resultados preliminares deverão ser conhecidos até junho de 2001

- **Estudo de sobrevida de pacientes com 13 anos ou mais**

Esse estudo visa à análise da sobrevida de pacientes adultos com diagnóstico de aids no período de 01/07/95 a 30/06/97, notificados até 31/12/98, e com seguimento até 30/06/99.

As variáveis de estudo são: critério de notificação de caso, categoria de transmissão, doenças oportunistas no diagnóstico, terapia anti-retroviral, profilaxia de doenças oportunistas, linfócitos totais no diagnóstico, e contagem linfócitos CD4+ em data mais próxima à do diagnóstico.

A amostra definida foi de 1.225 pacientes, por ano de estudo, totalizando 2.450 doentes para o período proposto, distribuídos entre as cidade de Belém, Rondonópolis, Recife, Jaboatão dos Guararapes, Campinas, São Paulo, Ribeirão Preto, Santos, São José do Rio Preto, Santos, São José dos Campos, Curitiba, Foz do Iguaçu e Londrina.

O trabalho de campo foi iniciado este ano, e a previsão é de contar-se com resultados preliminares até junho de 2001.

Avaliação das ações de prevenção das DST, Aids e drogas em escolas

Esta pesquisa foi coordenada pela UNESCO, sob o título de "Violência, Aids e Drogas nas Escolas", em parceria com a CN-DST/AIDS, além de outras entidades. Tem como objetivo avaliar e mensurar o grau de informação acerca das DST/aids e uso de drogas, atitudes, práticas e comportamentos de jovens e adolescentes escolarizados, além de mapear as políticas, estratégias e práticas desenvolvidas nas unidades escolares com relação a estes assuntos.

A pesquisa combinou técnicas quantitativas e qualitativas. Utilizou-se um processo de amostragem por etapas, com representatividade por unidade federativa, numa primeira etapa, com estratificação das unidades escolares de modo proporcional à matrícula total da rede (estadual, municipal, particular), por nível de ensino (5ª a 8ª séries e ensino médio) e por turno (diurno e noturno), e numa etapa subseqüente, seleção aleatória de turmas dentro de cada unidade escolar.

A pesquisa foi distribuída pelas regiões geopolíticas da Federação: região Norte: Manaus e Belém; região Nordeste: Fortaleza, Maceió, Recife e Salvador; região Sudeste: Rio de Janeiro, São Paulo e Vitória; região Centro-Oeste: Goiânia, Cuiabá e Distrito Federal e região Sul: Florianópolis e Porto Alegre.

Avaliação do preenchimento da ficha de notificação de Aids - SINAN: Uma abordagem qualitativa

Essa pesquisa teve como objetivos: a) descrever o processo de preenchimento da ficha de notificação de casos de aids - SINAN; b) identificar critérios utilizados pelos profissionais de saúde para preenchimento da ficha de investigação de aids; c) traçar o diagnóstico das práticas desenvolvidas pelos profissionais no preenchimento dos campos da referida ficha; d) registrar as atitudes bem-sucedidas neste processo e, como objetivo específico, identificar o conceito de "múltiplos parceiros" utilizado pelos profissionais de saúde na ficha de pessoas vivendo com aids.

A pesquisa utilizou a técnica de grupos focais, cujo roteiro buscou levantar dados sobre os seguintes aspectos: treinamento para o preenchimento da ficha; formação da equipe de trabalho; rotina de acolhimento; rotina de preenchimento da ficha; identificação dos campos mais difíceis; conceito de múltiplo parceiro e proposições do grupo para melhorar o aproveitamento dos dados da ficha. Foram realizados dois grupos focais, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, perfazendo um total de 12 participantes oriundos dos municípios que registram maior prevalência.

A maioria dos serviços representados na pesquisa trabalham com busca ativa de prontuário para coletar os dados obrigatórios à notificação. A justificativa para tal prática está no fato de que muitos médicos estão insatisfeitos por serem solicitados a preencher vários papéis (entre eles, a ficha de notificação).

A maior parte dos participantes não conta com equipe bem estruturada e tal fato torna heterogêneo o acolhimento do paciente e a rotina de trabalho. As equipes multidisciplinares revelaram-se como as que melhor conseguem acolher o paciente, e ao mesmo tempo, notificar com boa qualidade de informação.

Os participantes registraram insatisfação com a falta de notificação dos pacientes assintomáticos, gerando inadequações no preenchimento das fichas do SINAN e do SICLOM.

Quanto ao conceito de "múltiplos parceiros", não há consenso entre os grupos trabalhados: no grupo do Rio de Janeiro foram identificados três conceitos diferentes e no de São Paulo, quatro, todos baseados na relação da categoria tempo e número de parceiros.

Sondagem de opinião

Com o objetivo de complementar o conhecimento sobre o conceito de "múltiplos parceiros" foi realizada sondagem de opinião entre os participantes da Reunião Nacional de Vigilância em DST, HIV e Aids, ocorrida em Brasília, no mês de abril. Cerca de 100 profissionais participantes do evento, ligados à vigilância epidemiológica das Coordenações Estaduais e Municipais de todo o País, foram convidados a informar o conceito de multiplicidade de parceiros por eles considerado mais adequado para fins de vigilância epidemiológica da aids. A sondagem realizou-se por meio de questionário auto-preenchido, em que se solicitava aos respondentes que identificassem qual número de parceiros, e em qual período de tempo, caracterizaria a multiplicidade de parceiros.

Os resultados demonstraram a ausência de um consenso: verificou-se grande dispersão nas respostas, especialmente nas questões relativas ao período de tempo que caracterizaria a ocorrência da múltipla parceria - respostas variando entre 1 dia e 15 anos. Maiores concentrações de respostas: 1 ano (33%), de 1 a 6 meses (29%) e 10 anos (22%).

Levantamento Nacional sobre Prevenção de DST/AIDS e de Uso de Drogas em Escolas

Objetiva realizar o diagnóstico da situação das escolas brasileiras em relação ao trabalho de prevenção das DST/aids e do uso de drogas; traçar o perfil das unidades de ensino, identificando a

cobertura dos programas educacionais desenvolvidos para os professores e a proporção de escolas que desenvolvem atividades nessa temática e criar uma linha-de-base que permita o monitoramento sistemático destas atividades nas escolas brasileiras.

Fez-se um levantamento por amostragem das escolas da rede de ensino do País, baseado no Cadastro do Censo Escolar do MEC de 1998. Os dados foram coletados por telefone, pelo serviço de pesquisa ativa do Disque Saúde do Ministério da Saúde, por meio de questionário fechado contendo duas partes: uma referente às atividades sobre sexualidade e prevenção às DST/aids e outra ao uso de drogas. Foram entrevistados diretores ou coordenadores/orientadores pedagógicos de 2.186 escolas das 2.555 eleitas para a pesquisa, com uma adesão de 85,6% das escolas.

Essa pesquisa foi publicada com o mesmo nome na Série Avaliação - Número 3 em outubro de 2000, pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DSTeAids.

Seus resultados revelaram que cerca de 87% das escolas referiram que o trabalho sobre prevenção das DST/aids e do uso de drogas faz parte do seu projeto político-pedagógico. Foi identificada uma relação positiva entre capacitação de professores e desenvolvimento de ações na área de prevenção das DST/aids e do uso de drogas. Ambos aspectos apontam para a pertinência do desenvolvimento de estratégias de prevenção nos ambientes escolares.

A pesquisa demonstrou haver pouca inserção do material pedagógico elaborado pela CN-DST/AIDS nas escolas, sendo necessário uma maior articulação entre os níveis locais e regionais das áreas de saúde e educação. Revelou ainda que as escolas estão se valendo mais de aulas expositivas (94%), sendo necessário o estímulo de novos métodos de ensino-aprendizagem. Finalmente, o estudo indicou que existem resistências por parte dos pais das crianças da pré-escola e do ensino fundamental de 1ª a 4ª série e também da própria escola em trabalhar as questões relacionadas à prevenção de DST/aids e do uso de drogas para essas faixas etárias. Isto mostra a necessidade de que essas formas de resistência ao trabalho proposto sejam verificadas e de que se proponham mecanismos de sensibilização e informação para fortalecer o trabalho de prevenção entre a população escolar.

Pesquisa sobre o processo de distribuição de preservativos masculinos no País

A pesquisa abrange serviços públicos de saúde (UBS, CTA e SAE), ONG e o sistema prisional e seu objetivo é conhecer e avaliar as condições em que estão sendo distribuídos preservativos, gratuitamente, à população de todo o País.

As informações coletadas compreendem os públicos atendidos pelas entidades pesquisadas, os procedimentos/rotinas de distribuição e as fontes de fornecimento.

Entrevistas por telefone foram realizadas pelo serviço Disque Saúde do Ministério da Saúde, com questionário estruturado, com os responsáveis pelas 2000 instituições que compõem a amostra.

Os resultados preliminares da pesquisa encontram-se no Componente 1, Promoção/Proteção e Prevenção.

Estudo-piloto para o levantamento nacional sobre prevenção de DST, aids e uso de drogas em escolas - 2000

Este estudo atualizou o "Levantamento Nacional sobre Prevenção de DST/aids e de Uso de Drogas em Escolas", realizado no ano de 1998, considerado como linha-de-base para monitoramento das ações de prevenção às DST/aids e ao uso de drogas realizadas no espaço escolar, durante o ano 2000. Objetivou também testar a viabilidade metodológica e operacional do instrumento de coleta de dados e propor modificações necessárias ao instrumento para sistematização de um processo de avaliação.

Foram realizadas entrevistas por telefone, por meio do Sistema Disque Saúde do Ministério da Saúde, com diretores/coordenadores pedagógicos de 439 escolas públicas e privadas do País, de ensino fundamental e médio, utilizando questionário estruturado.

É grande o número de ações de prevenção desenvolvidas nas escolas, sendo numerosas as fontes de informação/treinamento utilizadas pelos professores para sua capacitação. Mas, foi sobretudo, a realização da pesquisa-piloto que permitiu verificar falhas e pontos fortes do questionário, bem como visualizar alternativas de respostas para a continuidade das estratégias de prevenção com este público.

Pesquisa de avaliação de alterações no Boletim Epidemiológico

A pesquisa está sendo realizada para avaliar, junto ao público leitor, as modificações gráficas e de conteúdo introduzidas na edição de julho a setembro de 2000 (Ano XIII nº 02 - 23ª a 26ª Semanas Epidemiológicas) e reapresentada na edição de outubro a dezembro de 2000 do Boletim Epidemiológico.

Foi utilizado questionário estruturado, para auto-preenchimento, encartado na versão impressa do Boletim e disponível por meio eletrônico na Internet no site da Coordenação Nacional de DSTe Aids.

Também os participantes da Reunião Nacional de Vigilância das DST, HIV e Aids, realizada em Brasília, em abril, foram convidados a preencher o questionário. Trata-se de amostra de especial interesse, uma vez que é composta por profissionais para os quais o Boletim é ferramenta de trabalho.

Descrição do produto	Nº AIDS I	Nº AIDS II			Estimativa da população abrangida
		1999	2000	2001	
1-Vigilância em gestantes e crianças expostas.	-	Definição e discussão da proposta de vigilância do HIV.	Implantação da VE do HIV em gestantes e crianças expostas.	Consolidação da implantação da VE e análise dos dados gerados	População de gestantes soropositivas (aprox. 13.000 gestantes/ano).
2-Vigilância sentinela.	Implantação de 150 sítios sentinela: Clínicas de DST, parturiente e prontos socorros*.		Manutenção de 150 sítios de parturientes com cortes anuais	Manutenção de 150 sítios de parturientes com cortes anuais Manutenção de 34 sítios em clínicas de DST	18000 parturientes por corte. 6800 pacientes por corte.
3-Estudos soroprevalência da sífilis e do HIV no Exército Brasileiro .	Realizados 2 inquéritos sorológicos (96 e 98) para sífilis e HIV com 23.000 conscritos do Exército Brasileiro.	-	Estudo inicialmente previsto para esse período transferido para 2002.		-
4-Estudos comportamentais no Exército Brasileiro.	Dois estudos com 23.000 conscritos do Exército brasileiro.	Estudo com 29.600 conscritos do Exército Brasileiro.	Estudo com 32.000 conscritos do Exército Brasileiro.		Participação de 32.000 conscritos.

5-Vigilância epidemiológica das DST.	Vigilância Aprimorada das DST.	Avaliação do sistema em uso; propostas de substituição da vigilância aprimorada.	Discussão nacional sobre nova proposta de VE sindrômica e de algumas DST selecionadas utilizando o SINAN.	Apresentação da proposta na Reunião Nacional da VE e início do processo de implantação da nova vigilância.	Equipes de vigilância de estados e municípios.
6-Elaboração de: 01.manual DST 02.Módulo de treinamento 03.kits de slides.	Publicação da 1ª e 2ª edições do manual.	Publicação da 3ª edição do manual.	Revisão da 3ª edição do manual, distribuição dos kits de slides de DST.	Publicação dos Módulos de treinamento em DST	Centros de treinamento, profissionais de saúde, Universidades.
7-Modificação do sistema operacional do SINAN, de DOS para Windows®.	SINAN-DOS	Início do processo de discussão para adaptação ao sistema operacional Windows.	Reuniões, revisões e ajustes na versão da ficha e do sistema, adequando-os às necessidades da CN DST e Aids, junto ao CENEPI.	Implantação nacional do SINAN Windows	Equipes de vigilância epidemiológica estaduais.

8-Estudo de soroprevalência de sífilis em puérperas.	Protocolo produzido; dados laboratoriais e sócio-comportamentais de puérperas.	Amostragem redefinida; comunicação com serviços participantes	Operacionalização e conclusão do estudo.		2.300 puérperas
9-Soroprevalência de sífilis em 4 cortes do Projeto Sentinela Maternidades.	Projeto Sentinela HIV	Proposta de análise para sífilis das amostras dos sítios-maternidade.	Quarto corte concluído		Aproximadamente 50.000 amostras de parturientes
10-Nova ficha de investigação de Aids em menores de 13 anos, decorrente da revisão da definição de casos de Aids pediátrico.	Definição em uso publicada em 1994	Início do processo de discussão de uma nova definição e caso	Publicação da portaria da nova definição de caso de Aids em crianças; criação, discussão e disponibilização da nova ficha de investigação.	Nova definição de caso de Aids implantada em todo País	Notificação de casos de Aids em crianças segundo a nova definição; nova ficha de investigação de Aids em menores de 13 anos implantada em todo o território nacional.

11 Estudo trans-versal com base populacional em parturientes para estimação do n.º de infectados			Realização da coleta de 18000 amostras em 150 maternidades	Realização da coleta de 16477 amostras em maternidades	Estimativa da soroprevalência do HIV para a pop. brasileira de 15 a 49 anos.
12 Estudos comportamentais/biológicos em populações especiais				Planejar e desenvolver estudos em HSH jovens, HSH sob maior risco, presidiários,escolares pré-adolescentes em situação de rua	A definir
13 Vigilância do HIV em CTA				Implantar vigilância do HIV em CTA	180 CTA em fase de implantação do sistema de informação
14 Alterações no Boletim Epidemiológico			Alterações de conteúdo e forma do boletim epidemiológico da Aids	Realização de pesquisa de opinião para avaliação da novo boletim	Público leitor do boletim nas versões impressa e eletrônica; profissionais de vigilância epidemiológica

TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS E PRIVADAS QUE ATUAM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST E AIDS

Linha de Ação Prevista no PAD

Atividades de treinamento incluindo a capacitação de profissionais do âmbito federal, treinamento especializado de agentes de saúde envolvidos na prevenção e tratamento entre grupos de alto risco, treinamento para pessoal de ONG em desenvolvimento e informação de projeto, bem como treinamento em aconselhamento e testagem, epidemiologia e diagnóstico de laboratório para aids e DST. Definição e uniformização metodológica para execução das atividades pedagógicas, de monitoramento, supervisão e avaliação de resultado.

Quadro demonstrativo dos Principais Produtos, e populações abrangidas no período dezembro/1998 a março/2001.

Descrição do produto	Nº AIDS II		Estimativa da população abrangida	Taxa de crescimento: primeiro período p/ segundo período
	Dezembro 98 a agosto de 2000	Agosto de 2000 a março de 2001		
Centros de Treinamento em DST/HIV implantados.	26	16	Médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.	
Termos de Cooperação entre o Programa Nacional de DST e Aids, as Universidades e outras instituições de ensino.	71	40	Profissionais que atuam na área da saúde.	
Profissionais de saúde treinados por universidades, ONG, secretarias de saúde e outras instituições de ensino público e/ou privado conveniadas.	10.953	-	Profissionais que atuam na área da saúde como: nutricionistas, médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, agentes comunitários, odontólogos, farmacêuticos, equipes do PACS e PSF, etc.	
Termos de Cooperação entre o Programa Nacional de DST e Aids e Universidades, outras instituições de ensino com projetos de pesquisa.	09	-	Profissionais da área de saúde.	
Realização de supervisões para acompanhamento das ações desenvolvidas pelo programa de DST e aids. (Centro-oeste e Norte)	53	02	Centros de Treinamento em DST na cidade de Manaus-AM, e reunião com a comissão interinstitucional dos projetos em desenvolvimento no estado de Goiás.	
Reuniões com os coordenadores e facilitadores dos treinamentos de "Liderança e Ativismo na Luta contra a Aids".	04	-	Participantes de ONG, fundações, hospitais e outras instituições.	
Realização de 5 Fóruns Macroregionais	05	-	Coordenadores dos projetos e dos Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids.	

Continua

Reuniões com técnicos da Diretoria de Ações Básicas (SPS-MS).	-	03	Técnicos responsáveis pelos Pólos de Capacitação PACS/PSF, Programa de Saúde da Criança e Adolescente.	
Resgate da história do Programa de Cooperação Brasil-França e avaliação das atividades de estágio, pesquisa e produção de conhecimento.	-	-	Profissionais de saúde e ex-estagiários.	
Organização e coordenação do seminário de avaliação dos " Dez Anos de Cooperação Brasil-França" .	-	-	Preceptores e estagiários participantes do Programa Brasil-França	
Proposta de Mestrado Profissionalizante em HIV/aids.	-	-	Profissionais de saúde.	
Lançamento da publicação " Liderança e Ativismo na Luta contra a aids" .	-	01	Público participante do Fórum 2000.	
Realização de 3 " Oficinas de Capacitação Pedagógica: refletindo processos educativos relacionados às DST/HIV/Aids" , sobre metodologia de treinamento visando melhoria da qualidade e aumento do impacto das ações de capacitação no enfrentamento da epidemia.	-	03	Participantes de ONG, universidades, instituições de ensino, coordenações nacional, estaduais e municipais de DST/Aids.	

Análise da situação

A Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde reafirmou junto à Missão do Banco Mundial, realizada em outubro de 2000, a importância do treinamento como estratégia de intervenção institucional e de consolidação dos princípios, diretrizes e propostas técnicas/ operacionais para a almejada descentralização, integração e sustentabilidade das políticas e ações de enfrentamento da epidemia do HIV/aids no Brasil.

Em consonância com os pressupostos do Sistema Único de Saúde-SUS, as metas e objetivos colocados preconizam a universalização do acesso, a integralidade e qualidade das ações de prevenção, assistência e formação de recursos humanos. Neste sentido, foram enfatizadas atividades para a capacitação de gestores, coordenadores de projetos e instrutores de treinamento, objetivando otimizar, estimular e facilitar a aprendizagem e, conseqüentemente, otimizar resultados.

No período a que este relatório se refere, a área de treinamento buscou estratégias para que ao final do Programa AIDS II, estados e municípios tenham se apropriado da condução do processo de descentralização e integralidade das ações e gestão única, bem como das metodologias e conteúdos referentes às DST e aids.

Como desdobramento dos fóruns e Oficinas de Descentralização de Capacitação de Recursos Humanos, da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, efetivou-se melhor articulação com outros setores do Ministério da Saúde, como Departamento de Atenção Básica que integra os Pólos de Capacitação do Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programas de Saúde da Mulher , Criança e Adolescente, bem como outras instituições de ensino. Foram reafirmados os pressupostos que norteiam as ações da Coordenação Nacional de DST

e Aids do Ministério da Saúde enquanto órgão central e facilitador da proposta em questão. Alguns princípios norteadores:

- O processo de descentralização deve levar em conta as diferentes realidades regionais e locais, sob pena de perder o que já foi construído;
- O desenvolvimento de recursos humanos deve estar ligado à reorganização dos serviços e ao processo de articulação com os estados e municípios;
- A parceria com as instituições formadoras é fundamental e imprescíndivel, e deve ser articulada com os serviços para responder adequadamente as necessidades do Sistema Único de Saúde.

Para dar continuidade a esse processo, foram estabelecidas estratégias para os diversos atores envolvidos: coordenações estaduais e municipais de DST/Aids e instituições de ensino, programas do Ministério da Saúde e Coordenação Nacional de DST e Aids.

Foi acordado com o grupo de gestão de coordenadores de programa que a efetivação desse processo será iniciada pela descentralização técnica na maioria dos estados, e gradualmente sua descentralização financeira, com os seguintes requisitos:

1- Existência de uma Comissão Interinstitucional ou similar nos estados;
2- Estabelecimento de um subcomitê de capacitação ou similar que deverá envolver os seguintes atores sociais: instituições formadoras-universidades, CT-DST, CRN-Aids, escolas técnicas, ONG, Programas da Secretaria Estadual de Saúde (Mulher, Atenção Básica, Adolescente, Crianças, dentre outros) que atuam na capacitação de Recursos Humanos (RH); Pólos de Capacitação; Representação das Secretarias Municipais de Saúde, Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids.
3- Elaboração de um Plano de Capacitação que obedeceram os seguintes itens:

- Levantamento de necessidades de treinamento de recursos humanos por localidade;
- Identificação das instituições (Estados, Municípios, Universidades, CT-DST, Pólos de Capacitação) que atuam na formação de RH e os seus respectivos papéis (coordenação, articulação, execução, apoio logístico e financeiro, acompanhamento etc.);
- Capacidade de transferência de recursos e administração financeira das coordenações locais (subcontrato feito pela CN DST/AIDS ou Coordenação de DST/Aids local);
- Capacidade local para execução, monitoramento/acompanhamento das ações de capacitação em parceria com a CN-DST/AIDS.

4- Indicação de um(a) profissional da equipe da Coordenação Estadual/Municipal de DST/Aids como responsável pelas ações de capacitação

No âmbito do Ministério da Saúde (Secretaria de Políticas de Saúde) foi estruturado um grupo tarefa - Grupo de Integração - com objetivo de dar continuidade ao processo de descentralização, integrar ações de capacitação de forma a garantir a dimensão de transversalidade que o tema das DST e aids e exige ao mesmo tempo ampliar a possibilidade das ações de prevenção e promoção à saúde, no âmbito dos direitos e da assistência.

Para maior integração das atividades realizadas pela CN-DST/AIDS, as áreas que mais oferecem treinamentos (prevenção, assistência, planejamento e treinamento) estão organizando banco de dados e um sistema de supervisão e monitoramento das ações de capacitação para serem executados no período de 2000/2001.

Finalmente, para cumprir a proposta da CN-DST/AIDS de instrumentalizar gestores dos estados e municípios, instituições de ensino e ONG, foi elaborado um caderno pedagógico utilizado em Oficinas de Trabalho com o objetivo de facilitar a reflexão sobre o processo ensino - aprendizagem, a partir dos pressupostos teóricos das diferentes abordagens pedagógicas na saúde e em DST/aids.

Descrição das atividades realizadas

1- Oficinas de Capacitação Pedagógica - Refletindo Processos Educativos Relacionados às DST/HIV/aids.

- Brasília-DF, de 19 a 24 de novembro de 2000
- Fortaleza-CE, de 11 a 16 de março de 2001.
- Florianópolis-SC, de 18 a 23 de março de 2001.

2- Termos de Cooperação

O processo de seleção de projetos de capacitação abrangeu o período de novembro/2000 a fevereiro 2001. Na programação do Plano Operativo Anual da Unidade de Treinamento, estava previsto apoio financeiro para 56 projetos de capacitação, com teto garantido de até R$ 40.000,00 por projeto.

Como critérios de aprovação dos projetos foram estabelecidos:

- prioridades locais:(conforme definições das oficinas macrorregionais de diagnóstico; e
- pactuação entre coordenadores DST/Aids municipais e estaduais);
- diagnósticos situacionais e epidemiológicos que justifiquem necessidades de treinamento;
- natureza da instituição executora: priorização de instituições públicas de ensino, CT/DST e CRN-AIDS;
- qualidade dos projetos: população-alvo; coerência com necessidade de treinamento/ diagnósticos local e regional; justificativa; metodologia; viabilidade e adequação orçamentária; operacionalidade; resultados esperados; impactos.

Distribuição dos projetos de treinamento firmados no ano 2001 por estados, regiões, modalidade das instituições executoras e recursos repassados

	Nº de projetos em continuidade	Nº de projetos novos	Recursos financeiros para financiamento de projetos aprovados	Cortes efetuados nos projetos	Nº de projetos excluídos	Recursos financeiros dos projetos excluídos	Universidade	CT-DST	CRN-AIDS	Enfermagem	ONG	Outras Inst.
Região Centro-Oeste	04	02	297.971,08		-	-	04	01	-	-	-	01
Região Nordeste	12	03	532.919,03		07	278.843,86	09	04	-	02	-	-
Região Norte	08	-	272.406,07		01	50.000,00	01	03	01	03	-	-
Região Sudeste	14	01	514.936,79		12	387.804,84	06	05	01	02	01	-
Região Sul	11	01	418.197,65		07	307.403,29	06	03	01	01	-	01
TOTAL	49	07	2.036.430,62		27	1.024.051,90	26	16	03	08	01	02

Montante de recursos por Estado (conforme orçamentos apresentados) - em R$

REGIÃO CENTRO-OESTE

Estados	Nº de projetos em continuidade	Nº de projetos novos	Recursos financeiros para financiamento	Universidade	CT-DST	CRN-AIDS	Enfermagem	ONG	Outras Inst.
Distrito Federal	-	01	30.701,00	01	-	-	-	-	-
Goiás	02	01	196.829,15	01	01	-	-	-	01
Mato Grosso	02	-	70.440,93	02	-	-	-	-	-
Mato Grosso do Sul	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	04	02	297.971,08	04	01	-	-	-	01

REGIÃO NORDESTE

Estados	Nº de projetos em continuidade	Nº de projetos novos	Recursos financeiros para financiamento	Universidade	CT-DST	CRN-AIDS	Enfermagem	ONG	Outras Inst.
Alagoas	02	01	111.831,44	02	-	-	01	-	-
Bahia	01	-	39.534,00	01	-	-	-	-	-
Ceará	01	01	51.785,00	01	01	-	-	-	-
Maranhão	01	-	40.140,00	01	-	-	-	-	-
Paraíba	01	-	39.302,00	01	-	-	-	-	-
Pernambuco	02	01	91.126,21	01	01	-	01	-	-
Piauí	02	-	79.957,40	01	01	-	-	-	-
Rio Grande do Norte	01	-	39.999,98	01	-	-	-	-	-
Sergipe	01	-	39.243,00	-	01	-	-	-	-
TOTAL	12	03	532.919,03	09	04	-	02	-	-

REGIÃO NORTE

Estados	Nº de projetos em continuidade	Nº de projetos novos	Recursos financeiros para financiamento	Universidade	CT-DST	CRN-AIDS	Enfermagem	ONG	Outras Inst.
Acre	01	-	34.961,29	01	-	-	-	-	-
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Amazonas	03	-	101.217,18	-	02	-	01	-	-
Pará	02	-	78.500,50	-	-	01	01	-	-
Roraima	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rondônia	01	-	17.738,10	-	-	-	01	-	-
Tocantins	01	-	39.989,00	-	01	-	-	-	-
TOTAL	08	-	272.406,07	01	03	01	03	-	-

REGIÃO SUDESTE

Estados	Nº de projetos em continuidade	Nº de projetos novos	Recursos financeiros para financiamento	Universidade	CT-DST	CRN-AIDS	Enfermagem	ONG	Outras Inst.
Espírito Santo	01	-	20.772,00	-	01	-	-	-	-
Minas Gerais	05	-	170.820,93	03	01	-	01	-	-
Rio de Janeiro	02	-	57.971,20	-	01	-	01	-	-
São Paulo	06	01	265.372,66	03	02	01	-	01	-
TOTAL	14	01	514.936,79	06	05	01	02	01	-

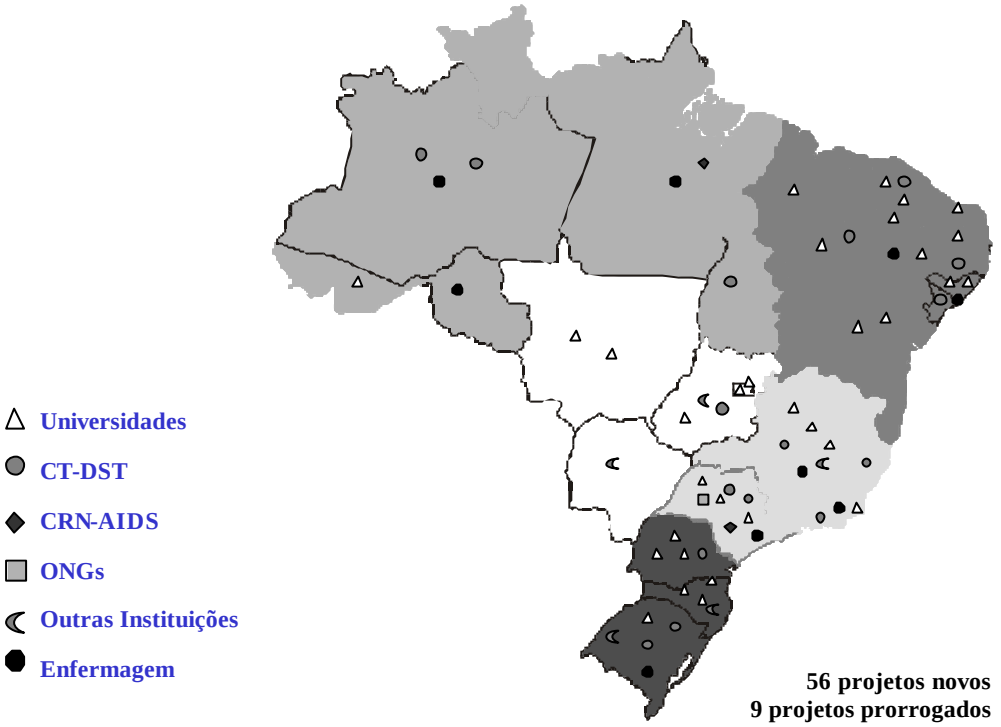
REGIÃO SUL

Estados	Nº de projetos em continuidade	Nº de projetos novos	Recursos financeiros para financiamento	Universidade	CT-DST	CRN-AIDS	Enfermagem	ONG	Outras Inst.
Paraná	03	-	101.133,64	02	01	-	-	-	-
Rio Grande do Sul	05	01	199.913,71	01	02	01	01	-	01
Santa Catarina	03	-	117.150,30	03	-	-	-	-	-
TOTAL	11	01	418.197,65	06	03	01	01	-	01

Montante de recursos por natureza (conforme orçamentos apresentados) - em R$

CT-DST	16	513.716,08
Enfermagem	08	270.476,45
CRN-AIDS	03	115.409,00
Universidades	26	943.509,76
ONG	01	31.474,16
Outras Instituições	02	161.845,17
PARECER EMITIDO = 56 PROJETOS		2.036.430,62

Termos de Cooperação Técnica - 2000/2001



Atividades realizadas em parceria com Family Health International do Brasil e Management Sciences for Health

Reuniões técnicas para discussão de metodologia e instrumental para ações de treinamento, avaliação de impacto e estratégias de supervisão, dando continuidade ao plano estabelecido anteriormente. Tal parceria propiciou a indicação de instrutores e consultores e a participação de técnicos da CN DST/AIDS-MS, FHI, MSH e profissionais convidados em cursos e oficinas pedagógicas.

Educação a Distância

No período foi consolidada proposta preliminar de educação a distância, avaliadas as propostas apresentadas durante o processo de licitação e concorrência e obedecidos os prazos e critérios legais.

O objetivo de tal curso é fortalecer a capacidade gerencial e de planejamento estratégico e operacional, bem como de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas nos programas locais de DST/aids. Esta modalidade de capacitação visa a maior difusão e apropriação de conhecimento e resolutividade dos problemas e questões emergentes no enfrentamento da epidemia do HIV/aids.

Este curso pretende atingir profissionais diversos de saúde, ativistas e/ou representantes da sociedade civil com população estimada em 1.500 alunos das várias regiões do país. Tal proposta conta com contribuições do Programa de Saúde da Família, da Criança e Adolescente e da Mulher, PACS.

Treinamento para alternativas assistenciais

Foi desenvolvido processo de capacitação na área de alternativas assistenciais compreendendo além do processo de organização e operacionalização da proposta, a seleção de candidatos e elaboração de manual para diretrizes das alternativas assistenciais.

Programa de Cooperação/Intercâmbio com Universidade Johns Hopkins - Baltimore - Maryland - EUA

Está sendo elaborado conjuntamente um programa de capacitação/estágios na Universidade Johns Hopkins para profissionais e/ou pesquisadores brasileiros para aperfeiçoamento e estudos no campo das DST/aids. As reuniões objetivaram a definição de indicadores de avaliação e discussão/definição de estratégias e planos de continuidade e expansão do programa de cooperação.

Elaboração de Programa de Mestrado Profissionalizante

Foi elaborada uma proposta de programa de mestrado profissionalizante em HIV/aids, fundamentada nos seguintes argumentos:

- inexistência de cursos de pós-graduação na área específica, acadêmicos e/ou profissionalizantes;

- necessidade de aprofundamento de conhecimentos frente a uma epidemia de natureza complexa, interdisciplinar e multiprofissional;

- comprometimento/envolvimento das universidades nas ações de capacitação e enfrentamento da epidemia do HIV/aids;

- abertura de canais de intercâmbio entre instituições de formação brasileiras e francesas.

Eventos organizados

De setembro de 2000 a março de 2001 foram organizados 43 eventos que mobilizaram um total de 1.657 pessoas, nos componentes a seguir:

Diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/Aids

Oficina de Avaliação das Ações de Prevenção DST e Aids para População em Situação de Pobreza

- Setembro de 2000.
  Participantes: 40
  Local: Rio de Janeiro - RJ
  Objetivo: Avaliar a troca de experiências entre os projetos, refletir sobre a metodologia de educação em saúde e as possibilidades de inserção em projetos de prevenção às DST/ Aids dirigido às comunidades empobrecidas.

Oficina de Trabalho para Monitoramento da Sistemática de Disponibilização do condom Feminino no âmbito dos Projetos e Serviços Selecionados.

- Setembro de 2000.
  Participantes: 40
  Local: São Paulo - SP
  Objetivo: Avaliar e consolidar o processo de implantação da sistemática do preservativo feminino nos serviços, projetos de ONG selecionados.

Oficina de Elaboração de Projeto para População Surda no Estado do Rio de Janeiro.

- Outubro de 2000.
  Participantes: 35
  Local: Rio de Janeiro - RJ
  Objetivo: Elaborar proposta de prevenção às DST/Aids e drogas junto ao programa da população surda do Estado do Rio de Janeiro.

Oficina de Elaboração de Projeto Centro da Juventude.

- Outubro de 2000
  Participantes: 29

Local: Manaus - AM

Objetivo: Elaborar proposta de prevenção às DST/Aids e drogas junto aos Centros da Juventude da Região Norte.

Oficina de Elaboração de Projeto Centro da Juventude.

- Outubro de 2000.

Participantes: 50

Local: Fortaleza - CE

Objetivo: Elaborar proposta de prevenção às DST/Aids e drogas junto aos centros da juventude da Região Nordeste.

Encontro Regional dos Coordenadores de CTA.

- Outubro de 2000.

Participantes: 49

Local: Porto Alegre - RS

Objetivo: Capacitar os gerentes de serviços na utilização do sistema informatizado para os dados de CTA.

Reunião Técnica sobre Transmissão Materno Infantil do HIV e Sífilis.

- Outubro de 2000.

Participantes: 69

Local: Brasília - DF

Objetivo: Apresentação do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento; orientações para o trabalho

conjunto das coordenações de DST/Aids e saúde da mulher, Com vistas à implementação das ações e

estabelecimento de metas para a redução da transmissão vertical do HIV e sífilis.

Encontro dos Coordenadores de CTA da Região Sudeste.

- Novembro de 2000.

Participantes: 135

Local: Rio de Janeiro - RJ

Objetivo: Capacitar os Gerentes de Serviços na utilização do sistema informatizado para os dados de CTA.

Reunião com Coordenadores Locais do Estudo Multicêntrico de Soroprevalência de Sífilis em Puérperas.

- Dezembro de 2000.

Participantes: 31

Local: Brasília - DF

Objetivo: Apresentar os resultados finais do referido estudo ao responsáveis pela operacionalização nos

grupos de investigação de Sífilis Congênita e estruturar o segundo corte do estudo nos mesmos locais.

Oficina de Trabalho para Elaboração das diretrizes de aconselhamento para gestantes e parturientes.

-Dezembro de 2000

Participantes: 20

Local: Bras;ilia DF

Objetivo: elaborar, a partir das experiências de quatro estados brasileiros, diretrizes de aconselhamento para gestantes e parturientes, com vistas a estabelecer nos serviços de pré-natal e maternidades, informação apoio psicológico e assistência adequada de gestantes e parturientes HIV+ e seus recém nascidos.

Oficina de Monitoramento e Avaliação dos Projetos "População em Situação de Pobreza".

- Dezembro de 2000.
  Participantes: 45
  Local: São Paulo - SP
  Objetivo: Aprimorar o Monitoramento e Avaliação dos Projetos e Planejamento Estratégico para o ano de 2001.

Reunião Nacional com os Representantes de Sítios-Sentinela DST.

- Dezembro de 2000.
  Participantes: 44
  Local: Natal - RN
  Objetivo: Capacitar profissionais para a execução das atividades operacionais da Vigilância Sentinela em clínicas de DST.

Oficina de Trabalho para Ampliação e Monitoramento da Sistemática de Disponibilização do Condom Feminino.

- Fevereiro de 2001.
  Participantes: 56
  Local: Aracaju - SE
  Objetivo: Ampliar a Sistemática de Disponibilização do Condom Feminino e consolidar esse processo de forma descentralizada nos estados junto aos Projetos de Redução de Danos e Profissionais do Sexo.

Oficina de Trabalho para Ampliação e Monitoramento da Sistemática de Disponibilização do Condom Feminino.

- Fevereiro de 2001.
  Participantes: 64
  Local: São Paulo - SP
  Objetivo: Ampliar a sistemática de disponibilização do Condom feminino e consolidar esse processo de forma
  descentralizada nos Estados Junto aos Projetos de Redução de Danos e Profissionais do Sexo.

Reunião: Lésbicas e Prevenção das DST/Aids

- Fevereiro de 2001.
  Participantes: 13
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Identificar demandas dessa população com relação às DST/Aids e definir planos de ação.

Oficina de Avaliação e Elaboração das Propostas de Trabalho de Prevenção com Crianças e Adolescentes em Situação de Rua.

- Fevereiro de 2001.
  Participantes: 60
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Avaliar a parceria da Coordenação Nacional DST/Aids com o Movimento de Meninos e Meninas de Rua e aprovar a proposta de trabalho ampliada para 2001.

Reunião com Segmentos do Movimento Social que Trabalham com a População Feminina.

- Março de 2001.
  Participantes: 25
  Local: São Paulo - SP
  Objetivo: Estabelecer estratégias de mobilização e sensibilização para prevenção das DST/Aids nas ações
  desenvolvidas pelos diferentes movimentos sociais organizados.

Encontro dos Coordenadores de CTA da Região Nordeste.

- Março de 2001.
  Participantes: 75
  Local: Salvador - BA
  Objetivo: Capacitar os gerentes de serviços na utilização do sistema informatizado para os dados de CTA.

Fortalecimento Institucional dos Executores.

Oficina de Trabalho para Treinamento das Equipes das Coordenações de Programas Estaduais e Municipais da DST/Aids no SIAIDS

- Setembro de 2000.
  Participantes: 80
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Capacitar as equipes dos Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids nos módulos de programação e reprogramação, execução e SOE, licitação e monitoramento do sistema SIAIDS.

Reunião para Análise dos Trabalhos do Fórum 2000.

- Setembro de 2000.
  Participantes: 20
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Analisar trabalhos.

Reunião do Grupo Matricial Sustentabilidade/ Deliberação para Treinamento sobre Sustentabilidade - ONG OSCs

- Setembro de 2000.
  Participantes: 13
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Apresentação parcial da pesquisa de sustentabilidade/ONG-Aids _ deliberação acerca do critério de seleção de ONG.

Pesquisa sobre Preenchimento da Ficha de Notificação de Aids - SINAN.

- Outubro de 2000.
  Participantes: 38
  Local: Rio de Janeiro -RJ
  Objetivo: Pesquisa quantitativa e qualitativa sobre o preenchimento da Ficha de Notificação.

Fórum Regional para Agenda de Compromissos.

- Outubro de 2000.
  Participantes: 38
  Local: Belém
  Objetivo: Integrar as políticas estaduais de saúde, educação e assistência social para o desenvolvimento de estratégias e atividades para a redução das DST/Aids e drogas entre crianças, adolescentes e adultos.

Fórum Regional para Agenda de Compromissos.

- Outubro de 2000
  Participantes: 40
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Integrar as políticas estaduais de saúde, educação e assistência social para desenvolvimento de estratégias e atividades para a redução das DST/Aids e drogas entre crianças adolescentes e adultos jovens.

Pesquisa sobre Preenchimento da Ficha de Notificação de Aids - SINAN.

- Outubro de 2000.
  Participantes: 38
  Local: São Paulo - SP
  Objetivo: Pesquisa sobre o preenchimento da ficha de notificação.

Reunião para Análise das Solicitações de Bolsas para o Fórum 2000.

- Outubro de 2000.
  Participantes: 20
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Analisar a pertinência da solicitação de Bolsas para o Fórum.

Seminário para a Elaboração de Norma Técnica para Diagnóstico e Manejo Clínico da Infecção pelo HPV.

- Outubro de 2000.
  Participantes: 42
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Discutir o Diagnóstico precoce e manejo clínico adequado da infecção pelo HPV e outras DST associadas. Disseminar a informação da inter-relação HPV/HIV e câncer do colo uterino; promover a padronização do diagnóstico e manejo clínico do HPV no SUS.

Fórum Regional para Agenda de Compromisso

- Outubro de 2000
  Participantes: 49
  Local: São Paulo - SP
  Objetivo: Integrar as políticas estaduais de saúde, educação e assistência social para o desenvolvimento de estratégias e atividades para a redução das DST/Aids e drogas entre crianças, adolescentes e adultos.

Oficina de Trabalho para Elaboração do POA 2001.

- Outubro de 2000
  Participantes: 80
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Elaboração do POA 2001.

Oficina de Capacitação Pedagógica - Refletindo Processos Educativos relacionados às DST/HIV/Aids.

- Novembro de 2000.
  Participantes: 36
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Refletir criticamente sobre as ações educativas em saúde e nas DST/HIV/Aids, conhecer a adequação de técnicas de ensino e formas de avaliação conforme diferentes abordagens pedagógicas da problematização.

Treinamento em Sustentabilidade - Região Centro-Oeste.

- Novembro de 2000.
  Participantes: 37
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Capacitar 30 integrantes de Organizações da Sociedade Civil-OSC na região Centro-Oeste, através de treinamento voltado para ações em sustentabilidade.

Reunião para Avaliação do Projeto "Strengthening the Programe to Reduce HIV Vertical Transmission in Brasil"

- Dezembro de 2000
  Participantes: 40
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Apresentar os resultados do Projeto "Fortalecendo os Programas para a redução da Transmissão Vertical do HIV em sete Estados do Brasil", financiado pela UNAIDS e os resultados do estudo "Avaliação da Cobertura de Aconselhamento e Testagem anti-HIV na população de puérperas de doze municípios brasileiros".

Treinamento em Sustentabilidade - Região Norte

- Janeiro de 2001.
  Participantes: 41
  Local: Belém - PA
  Objetivo: Capacitar 30 integrantes de Organizações da Sociedade Civil-OSC na região Norte.

Treinamento em Sustentabilidade - Região Centro-Oeste / Monitoramento Coletivo.

- Fevereiro de 2001.
  Participantes: 31
  Local: Goiânia - GO
  Objetivo: Promover o Monitoramento coletivo das atividades de cada capacitação, avaliando e assessorando a elaboração de projetos em sustentabilidade.

Treinamento em Sustentabilidade - Região Nordeste.

- Fevereiro de 2001.
  Participantes: 39
  Local: Fortaleza - CE
  Objetivo: Capacitação de Dirigentes das Organizações da Sociedade Civil da região Nordeste nas Questões que envolvem Sustentabilidade e Gestão Organizacional.

Reunião de Planejamento das Oficinas de Capacitação Pedagógica Sul e Nordeste

- Fevereiro de 2001.
  Participantes: 12
  Local: Campinas - SP
  Objetivo: Aprimoramento do caderno institucional, revisão bibliográfica, preparação das 02 oficinas.

Reunião Preparatória para a Assembléia Geral das Nações Unidas.

- Fevereiro de 2001.
  Participantes: 17
  Local: São Paulo - SP
  Objetivo: Estabelecer parâmetros da participação Brasileira na Assembléia Geral das Nações Unidas.

Reunião da Comissão de Gestão

- Março de 2001.
  Participantes: 40
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Empossar os novos membros da Comissão de Gestão e definir plano de trabalho para o próximo bimestre.

Treinamento em Sustentabilidade - Região Sudeste I.

- Março de 2001.
  Participantes: 44
  Local: Rio de Janeiro - RJ
  Objetivo: Capacitação de Dirigentes das Organizações da Sociedade Civil da região Sudeste I.

Oficina de Capacitação Pedagógica: Refletindo Processos Educativos Relacionados às DST/HIV/Aids.

- Março de 2001.
  Participantes: 30
  Local: Fortaleza - CE
  Objetivo: Capacitar Técnicos das Coordenações Estaduais, Municipais e Nacional, de instituições de Ensino e da Sociedade Civil que atuam diretamente com o processo de capacitação em metodologias educativas.

Reunião do Comitê de Programa do IV Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids.

- Março de 2001.
  Participantes: 27
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Definir temas e formatos das conferências, mesas redondas, fóruns e oficinas do IV Congresso de Prevenção.

Reunião do Comitê Científico do IV Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids.

- Março de 2001.
  Participantes: 26
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Definir parâmetros e critérios para a análise e seleção de trabalhos e comunicações coordenadas.

Reunião do Comitê de Organização do IV Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids.

- Março de 2001.
  Participantes: 26
  Local: Brasília - DF
  Objetivo: Definir atividades e estratégias que viabilizem a operacionalização, a divulgação e a realização do IV Congresso Brasileiro de Prevenção.

MATERIAIS ELABORADOS /EM FASE DE ELABORAÇÃO

- Caderno Pedagógico elaborado para as "Oficinas de Capacitação Pedagógica - Refletindo Processos Educativos Relacionados às DST/HIV/Aids", em fase de aprimoramento para publicação.

- O Manual de Vigilância Epidemiológica do HIV/Aids foi finalizado em parceria com o Centro Nacional de Epidemiologia-CENEPI, Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo (CVE/SP), as universidades federais dos Estados de Mato Grosso, Minas Gerais e Rio de Janeiro; Coordenações Estaduais e Municipais. Como estratégia para a instrumentalização da política de Vigilância Epidemiológica da CN-DST/AIDS, serão realizadas em maio e agosto de 2001 oficinas de validação do conteúdo e metodologia. Desta forma, ao final de cada oficina, serão elaborados planos de ação para cada estado adotar o manual como referência.

- Caderno de experiências do Projeto Universidaids com avaliação quanti-qualitativa do alcance das ações desenvolvidas. Em fase de elaboração para ser divulgado no IV Congresso Brasileiro de Prevenção de DST e Aids (setembro/2001).

- A reprodução do CD ROM educativo de autoria do Prof. Dr. Carlos Alberto Basílio de Oliveira, da Universidade do Rio de Janeiro, realizado com o apoio conceitual e financeiro da CN-DST/AIDS-MS para atualização de anátomopatologistas na abordagem específica de complicações relacionadas ao HIV/aids. Esse material será disponibilizado para todas as Coordenações estaduais e municipais de DST/Aids, instituições de ensino em saúde e entidades sociais interessadas.

- Manual de Odontologia. Concluído no primeiro semestre de 2000 foi lançado publicamente em âmbito nacional e internacional no Fórum 2000.

- Caderno Liderança e Ativismo na Luta contra a Aids lançado no Fórum 2000, realizado na cidade do Rio de Janeiro-RJ.

- Roteiro de Supervisão de Projetos com a finalidade de promover adequações teórico/ metodológicas das propostas e articulações políticas visando a descentralização, integração e sustentabilidade dos programas locais, adequado às particularidades regionais.

DESCENTRALIZAÇÃO/INTEGRAÇÃO

A Unidade tem contribuído para o processo de descentralização através do fortalecimento e estímulo à integração entre coordenações estaduais e municipais, centros de formação/capacitação, universidades, serviços de saúde e comunidade, localizando e reconhecendo novos atores e pólos de poder e deliberações para a formulação de políticas, programas e ações de capacitação. Além do apoio logístico e financeiro, os técnicos da Unidade de Treinamento vêm exercendo a função de supervisão e acompanhamento de projetos para a sua orientação, conforme os princípios e diretrizes estabelecidas, participando inclusive da capacitação de gestores para a consolidação da descentralização e integração de ações. Observa-se o reconhecimento das decisões e dos critérios adotados pelas instâncias locais, da sua crescente autonomia para propostas embasadas pela realidade, corroborada pelos vários atores em cena.

A Unidade de Treinamento está assumindo a função de supervisão e acompanhamento de projetos, centrada na implementação de metodologias e procedimentos de avaliação de impacto, no âmbito da capacitação de recursos humanos e organização de serviços. Enquadra-se assim, nos fundamentos e objetivos do componente 3, com conseqüentes rebatimentos nas políticas de saúde, envolvendo diversas instâncias relacionadas com a assistência, prevenção e controle das DST/aids junto aos poderes públicos e representantes da sociedade civil.

SUSTENTABILIDADE

As ações de monitoramento, supervisão e avaliação tem sido focadas no desenvolvimento da capacidade de sustentabilidade dos projetos apoiados, por meio do estímulo ao diálogo e integração interinstitucional. As principais dificuldades são as questões políticas e administrativas locais, nem sempre passíveis de intervenção do nível central.

PRINCIPAIS DIFICULDADES E AVANÇOS

Alguns desafios colocam-se neste momento de avaliação:

- A vasta extensão territorial brasileira com realidades socioeconômicas e culturais diversificadas geram dificuldades de acesso à oportunidades de treinamento;
- Formação profissional insuficiente frente à complexidade da epidemia do HIV/aids em todos os seus aspectos;
- Inadequação de metodologias utilizadas no processo de ensino formal e informal;
- A heterogeneidade das condições de trabalho nos serviços de saúde e as dificuldades de viabilização dos conhecimentos apreendidos nas atividades de capacitação;
- A pouca ênfase dada a temas relativos às DST nos programas e projetos de capacitação;
- Dificuldades político/administrativas na relação entre universidade, centros de capacitação e coordenações locais para formulação e gerenciamento de projetos de capacitação;
- Dificuldades de integração orgânico/ operacional com outras unidades da CN-DST/ AIDS-MS;
- Dificuldades de integração com outros órgãos do Ministério da Saúde e da Educação e de inserção de conteúdos específicos em programas de formação/capacitação por eles formuladas e desenvolvidos.

Tais desafios têm colocado para a equipe técnica a necessidade de reorientação da unidade e implementação de novas frentes de trabalho, visando:

- a continuidade das ações em curso, a descentralização gradativa dos treinamentos para estados e municípios;
- a implantação de metodologias educativas e de ensino/aprendizagem para a capacitação em larga escala de recursos humanos para a saúde e das populações mais vulneráveis;
- adoção de sistema de educação à distância para ações de laboratório, prevenção, assistência, vigilância epidemiológica e planejamento/gerência para assegurar acesso permanente à informação e atualização;
- estabelecimento de parcerias com outros setores dos Ministério da Saúde e Educação;
- levantamento de necessidades de treinamento;
- participação em grupos temáticos e de trabalho interinstitucional;
- implantação de rotinas, procedimentos e métodos de avaliação de resultados;
- definição das modalidades de supervisão e de participação dos vários segmentos nos programas descentralizados de capacitação;
- dimensionamento da capacidade e possibilidades concretas de repasse de recursos e administração financeira, conforme subcontratos entre CN-DST/AIDS-MS e coordenações locais;
- dimensionamento da capacidade local para formulação, acompanhamento e avaliação das ações de capacitação em parcerias com a CN-DST/AIDS-MS;
- capacitação de comissões interinstitucionais para facilitação do processo de descentralização técnico-administrativa-financeira;
- supervisão do processo de implementação de ações integradas de capacitação nos estados e municípios.

As estratégias formuladas orientam o planejamento de atividades e implementação de frentes de trabalho, a partir da pactuação entre a Unidade de Treinamento e Coordenações de DST/ Aids locais realizada em oficinas coordenadas pela Unidade de Planejamento, subsídios para a elaboração do Plano Operativo Anual 2001.

PESQUISA E VACINA

PESQUISA

1. Contextualização e Definição da Área de Pesquisa

A pesquisa constitui, para a CN-DST/AIDS, importante recurso de reflexão crítica sobre a epidemia do HIV/aids e um mecanismo para o desenho de estratégias de intervenção clínica e social que contribuam tanto à compreensão quanto à melhoria dos determinantes da infecção pelo HIV/aids, bem como para a definição de metas e prioridades.

Nessa perspectiva, vem sendo realizados um conjunto de esforços políticos e técnicos para a reestruturação da área de pesquisa e a definição de linhas mestras que orientem o desenvolvimento da mesma. A definição da área de pesquisas desta Coordenação busca ir ao encontro da política nacional de ciência e tecnologia e mais especificamente daquela destinada ao setor saúde, que tem uma vasta produção na área, sendo registrado pelo Conselho Nacional de Pesquisa - CNPq, o total de 3.600 grupos inseridos na temática saúde. Ainda, em termos da política ministerial em saúde, é necessário frisar a importância dos avanços constituídos na estruturação de uma área específica de ciência e tecnologia no Ministério da Saúde, com a criação em junho de 2000 do Departamento de C & T em Saúde - DECIT, adscrito à Secretaria de Políticas de Saúde. Esta nova instância tem como uma de suas atribuições a geração de conhecimentos aplicáveis em saúde apoiando-se em padrões éticos, mérito científico e transparência administrativa, bem como traduzir o conhecimento científico em políticas de saúde (Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia s/d). Estas bases permitem a CN-DST/AIDS adequar suas práticas de pesquisa nesse contexto, visando fortalecer os princípios de universalidade, integralidade e eqüidade que norteiam o Sistema Único de Saúde - SUS.

No entanto, ainda é necessário fortalecer o papel da pesquisa como um recurso estruturante da definição de políticas e programas em saúde e como potencializador das ações de descentralização e sustentabilidade, nos três níveis de governo. Vale a pena fazer a ressalva de que, apesar dessas iniciativas, a prática de pesquisa não desenvolveu plenamente seu potencial enquanto recurso de apoio à gestão e como mecanismo para o aprimoramento da articulação entre as áreas técnicas da CN-DST/AIDS e, de forma mais abrangente, entre o conjunto de organismos e setores sociais envolvidos na prevenção e controle das DST/aids. Uma das principais limitações parece estar na desarticulação entre os setores que realizam pesquisa, ora dentro da própria Coordenação, ora com instituições externas e as possibilidades de dar seguimento aos projetos, bem como a definição de áreas prioritárias de pesquisa.

Não menos importante, é a aplicação e disseminação dos resultados da pesquisa, orientados para contribuir com o processo de tomada de decisões e torná-los conhecimentos passíveis de serem assimilados por novos setores sociais. O modelo de concentração de recursos científicos e tecnológicos nas regiões Sul e Sudeste se reflete também na produção científica e no acesso a esses serviços. Desse modo, é importante viabilizar estratégias para a democratização de recursos científicos e a disponibilização de conhecimentos a públicos mais amplos, assim como a recuperação dos conhecimentos e experiências das instituições.

Do ponto de vista da concepção de pesquisa e de sua operacionalização, a CN-DST/Aids define três papéis relevantes:

- articulação entre atores estratégicos nacionais e internacionais vinculados à pesquisa em HIV/aids e outras DST;

- formação de recursos humanos, buscando expandir as parcerias com universidades e centros de treinamento para ampliar e fortalecer a massa crítica que o País possui, tendo em vista o aperfeiçoamento de habilidades e a troca de experiências.

- Financiamento direto de pesquisas com recursos advindos da CN-DST/AIDS, bem como a geração de uma política de captação

de fundos nacionais e estrangeiros visando a sustentabilidade das ações.

2. Linhas Estratégicas de Pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa na CN-DST/AIDS está estreitamente vinculado não apenas à produção de novos conhecimentos, mas, sobretudo, à busca de sua aplicabilidade para a melhoria dos problemas de saúde das pessoas vivendo com HIV/aids. Paralelamente, como recurso potencial de formação, capacitação e desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas nas formas de promoção e prevenção e no aprimoramento do processo de gestão, planejamento e avaliação. Enquanto estratégia de pesquisa, se reconhece a importância de fomentar o uso combinado de metodologias das ciências humanas e das ciências básicas e fomentar processos multidisciplinares, capazes de contemplar as interfaces necessárias para a compreensão da crescente complexidade do HIV/aids. Assim, as linhas prioritárias de pesquisa na CN - DST/AIDS são transversais aos componentes essenciais do Projeto Aids II e incluem as seguintes linhas mestras:

Componente de promoção à saúde, de proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/aids e de prevenção da transmissão das DST/HIV/aids e do uso indevido de drogas:

Estudos clínicos e comportamentais com populações vulneráveis com práticas de risco acrescido, tais como profissionais do sexo, travestis, HSH, UDI, população prisional e população de garimpo. Está sendo cogitada a realização do seguintes estudos:

- Avaliação de conhecimento e práticas de risco para a infecção pelo HIV em indivíduos no início da puberdade, escolarizados e em situação de rua.

- Avaliação de conhecimento, práticas de risco para a infecção pelo HIV e estimativa da prevalência e incidência do HIV em indivíduos em estabelecimentos prisionais;

- Avaliação de conhecimento, práticas de risco para a infecção pelo HIV e estimativa da prevalência e incidência do HIV e outros agentes de transmissão sexual em HSH jovens, e nos de maior risco (freqüentadores de saunas gays e profissionais do sexo);

- Avaliação de conhecimento, práticas de risco para a infecção pelo HIV e estimativa da prevalência e incidência do HIV e outros agentes de transmissão sexual em travestis;

Além destes, com risco acrescido, ainda:

- Monitoramento da prevalência do HIV em populações indígenas;
- Estimativa da prevalência e incidência do HIV e da sífilis em parturientes;
- Monitoramento da prevalência do HIV em indivíduos com queixas de DST;

- Estudos sobre conhecimentos e práticas das pessoas vivendo com HIV/Aids;

- Direitos Humanos;

- Formas de organização e atuação do Terceiro Setor;

- Indagações sobre aspectos de Bioética relacionados com pessoas vivendo com HIV/aids.

Componente de diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/aids

- Variabilidade genética do HIV (estudos de genotipagem, sorotipagem, vacinas, incidência de infecção pelo HIV);
- Concentração de drogas anti-retrovirais no sangue;
- Desenvolvimento de métodos laboratoriais para diagnóstico do HIV e outras DST;
- Marcadores imunológicos;
- Estudos da coinfecção Tuberculose/HIV; Hepatite C/HIV;
- Estudos de adesão à TARV;
- Estudos de infecção de HIV em gestantes;

- Estudos sobre correlação HIV e endemias (Chagas, Malária, Dengue Paracocidiodomicose, Leishmaniose);
- Qualidade de serviços ambulatórias que atendem pacientes infectados pelo HIV;
- Avaliação tipo custo-benefício da terapia anti-retroviral;
- Estudo dos custos diretos e indiretos de assistência aos pacientes HIV;
- Estudo de acesso ao preservativo;
- testagem da eficácia de novos tratamentos;
- testagem e/ou validação de métodos diagnósticos clínicos e laboratoriais;
- testagem e/ou validação de procedimentos clínicos, terapêuticos ou operacionais;
- determinação de incidências e/ou prevalências em populações específicas.

Componente de desenvolvimento institucional e gestão do projeto:

- Gestão do SUS: Instrumentos de avaliação na área de prevenção e controle de DST/aids

3. Estrutura organizacional

Grupo Matricial de Pesquisa

A CN-DST/AIDS criou uma instância interna de gerenciamento e execução de pesquisa organizada no Grupo Matricial de Pesquisa em DST/HIV/Aids, integrado pelas chefias das Unidades Técnicas e mais um técnico de cada Unidade, envolvendo toda a área de abrangência do Projeto AIDS II, além de um representante do DECIT -MS. Este fórum tem como principais atribuições a articulação e acompanhamento das ações de pesquisa desta Coordenação e a interlocução com a comunidade científica, organismos e instituições afins e também com o recentemente criado Comitê *Ad hoc* de Pesquisa em DST/HIV/Aids e com o Comitê Nacional de Pesquisa em DST/HIV/Aids, ainda em fase de composição.

Operacionalmente, o grupo matricial funciona como colegiado. Os integrantes, de acordo com seu perfil técnico, são responsáveis pela avaliação dos projetos conforme os critérios de seleção que são: adequação do projeto às linhas estratégicas de pesquisa da CN-DST/AIDS; consistência técnica e científica, aplicabilidade dos resultados da pesquisa e adequação financeira. Cada projeto é analisado por três avaliadores e a decisão final é tomada na plenária do grupo matricial, onde é aprovado ou não. O grupo matricial define os casos em que projetos devem passar pela avaliação de um consultor *ad hoc*. As reuniões acontecem quinzenalmente, dando vazão aos projetos que chegam à Coordenação num fluxo regular. Uma vez aprovado, o projeto entra no Banco de Dados de Pesquisa da CN-DST/AIDS (ainda em fase de elaboração) e passa a ser acompanhado pelas respectivas áreas técnicas.

Os principais produtos realizados pela área de pesquisa durante este período são:

- articulação interna das diversas áreas técnicas para a reflexão e operacionalização de uma política nacional de pesquisa em DST/ HIV/ aids, no grupo matricial de pesquisa;
- organização de uma massa crítica para a discussão de prioridades e critérios de seleção dos projetos de pesquisa;
- cadastramento das pesquisas realizadas no âmbito da Coordenação, desde o início do AIDS II até março de 2001, como fase preliminar para a construção de um banco de dados em pesquisas sobre DST/HIV/aids; e
- elaboração de um fluxograma de pesquisa.

VACINAS

As atividades voltadas a preparação de condução de estudos com produtos vacinais contra o HIV/aids foram iniciadas no início da década passada, com o financiamento de três potenciais sítios de testagem, onde foram conduzidos estudos de sero-incidência, um estudo fase 1 com produto vacinal, e em especial a organização de um Rede Nacional de Isolamento e Caracterização do HIV. Mais recentemente, o financiamento de um sítio pelo NIH (HIVNET, agora HVTN) permitiu a implementação de outro sítio no País, com estudos epidemiológicos, sociocomportamentais e um estudo de fase 1, iniciado recentemente.

A introdução de terapia anti-retroviral, em especial esquemas combinados de alta atividade (HAART), a necessidade da implementação de redes de monitoramento imunológica (CD4) e virológica (viremia plasmática) voltadas a seleção e seguimento de pacientes em uso de terapia, associadas a falta de produtos vacinais promissores, induziram a uma diminuição das atividades na área de vacinas nos últimos anos. O cenário atual é contudo distinto, com uma relativa adequação da demanda na área de tratamento e de monitoramento laboratorial, assoiado a surgimento de produtos potencialmente promissores para uso na prevenção, se não da infecção, mas de formas graves da doença.

Neste contexto, a CN DST/aids está em processo reativando as iniciativas nesta área, tendo como ponto referência o desenvolvimento de atividades previstas no Plano Nacional, 1999 (ver anexo) , que tem como premissas:

- Reforço da infra-estrutura existente;
- Opção preferencial por atividades que envolvam transferência de tecnologia;
- Garantia de acesso a produtos avaliados;
- Compatibilizar a iniciativa de vacinas com as diversas atividades em andamento.

As atividades prioritárias a serem implementadas envolvem diferentes áreas, que incluem:

- Clínica
- Epidemiologia
- Prevenção/Sociocomportamental
- Laboratório
- Mídia/Comunicação
- ONGs
- Produção de produtos vacinais

Uma das prioridades nesta fase será a realização de um inventário das instituições que estão ou podem vir a estar envolvidas no esforço nacional tanto no teste [fases (1,2 e 3)] e acompanhamento (fase 4) de produtos desenvolvidos no exterior, mas também na pesquisa e desenvolvimento de produtos, ou componente de produtos em nosso País. Neste sentido, a determinação da capacidade instalada acessível para estudos na área, o levantamento das necessidades para eventuais adequações ou expansões de atividades em andamento ou programadas, assim como a identificação de novos parceiros, podem contribuir para a ampliação da participação do País no esforço de uma vacina contra a HIV/aids.

Na área de clínica, a CN está dando suporte e apoio ao testes de fase 1/2, em andamento (HVTN 026) , e identificando potenciais sítios clínicos para conduzir novos estudos fase 1/2 e de fase 3. A realização de um treinamento de boas práticas clínicas (GCP) pode servir para reunir eventuais parceiros e permitir a necessária padronização e qualificação destes candidatos.

Uma área de especial importância é a preparação de sítios para seguimento de infecções ocorridas durante testes de vacinas. Neste sentido, a organização do seguimento de paciente com infecção recente permitirá a capacitação de pessoal e de unidades clínicas e laboratoriais para responder a infecções *"Breakthrough"*, originários de diferentes estudos e a criação de necessária infra-estrutura para o monitoramento de produtos em uso no País (fase 4). A participação da Rede Ncional de Isolamento e Caracterização, permitindo que amostras incidentes possam ser devidamente encaminhadas ao repositório

nacional permitirá o necessário controle e acompanhamento do desenvolvimento de produto vacinais mais adequados as variantes virais circulantes em nosso meio.

As Atividades programadas na área Sociocomportamental são fundamentais e devem permear os diferentes esforços na captação e adesão de voluntários a estudos de coorte epidemiológicos. Estudos de factibilidade em áreas e populações do País ainda não envolvidas ou avaliadas para eventuais estudos com vacinas e a condução de estudos de determinação de fatores socioculturais associados a retenção de voluntários a futuros estudos com vacinas serão priorizados nesta etapa inicial.

O envolvimento da mídia no esforço da vacina é essencial e sua participação dentro da CN se dá como parte do grupo matricial. Algumas atividades estão programadas para o segundo semestre, como um Seminário: A Mídia e Vacinas contra a HIV/Aids - planejado para novembro / dezembro 2001, associado as programações do Dia Mundial de Combate a Aids.
.

As ONG acompanham o processo Nacional de perto, com participação importante dentro do comitê de vacinas e através de atividades próprias, como um boletim específico de vacinas e encontros periódicos. Este ano está sendo proposto o apoio a um seminário: Papel das ONG no desenvolvimento de uma vacina contra aids como satélite do Encontro vivendo Pela Vidda, em dezembro no Rio de Janeiro.

A área de epidemiologia está sendo implementada pelo apoio e reestruturação de estudos de incidência a partir de coortes de voluntários, homens que fazem sexo com homens em São Paulo e Belo Horizonte. A identificação de outras potenciais coortes é uma atividade programada, mas estes só deverão ser iniciados a médio prazo, após estudos de factibilidade, incluindo os referidos acima. A estimativa da incidência com base em amostras históricas e prospectivas detectadas como recentes por metodologia de sorológica de sensibilidade modificada , "detuned" é uma das prioridades do CN, estando amostras de diferentes estudos sentinelas e de sítios de testagem anônima, CTA, sendo preparadas para testagem que deve ser iniciada ainda neste semestre.

A consolidação de dados demográficos que permitam melhor estimar as populações mais vulneráveis, como por exemplo o número de IDU no Brasil, onde estão localizados, e a estimativa de parâmetros populacionais que orientem a estruturação de estudos de fase 3 e o disponibilização de uso de produtos em uma fase 4, como os percentuais desta população que é acessível e o percentual que aceitaria eventual vacina contra HIV/aids, entre outros, deve ser melhor estimada nos próximos anos.

A área de laboratório estará realizando estudos de variabilidade genética do HIV-1 incidente , provenientes tanto de amostras determinadas por metodologia "detuned" como a partir de coortes, estando em estrita ligação, portanto com as atividades acima descritas. Estudos em locais estratégicos do HIV-1 prevalente devem ser implementados, com objetivo de melhor delinear a evolução molecular da epidemia de HIV-1 em nosso meio, como para preparar a Rede de Isolamento e Caracterização para trabalhar com isolados virais provenientes de estudos com produtos vacinais.

Seminários de capacitação estão programados para o próximo semestre, incluindo um Curso em Boas Práticas de Laboratório , coordenado pelo Dr. Heynes Shepard, responsável pela capacitação internacional de laboratórios da rede do NIH HVTN, um Workshop sobre Correlatos de Imunidade ao HIV que permitirá a multiplicação de profissionais da área a partir do treinamento em ELISA SPOT, realizado no início de abril, no laboratório central do HVTN da universidade de Duke e a primeira reunião do grupo de imunologia para dar suporte a iniciativas com vacinas. Um Workshop sobre HMA gag deverá ser realizado para também multiplicar o treinamento da UNAIDS realizado pela Dra. Mariza Morgado em Bruxelas e uma treinamento para multiplicação da metodologia de "detuned" para capacitar pessoal em diferentes áreas do País. Pelo menos uma reunião Rede Nacional Isolamento e Caracterização deve ocorrer no segundo semestre deste ano.

A área de pesquisa básica e desenvolvimento ainda está muito pouco implementada. O inventário das instituições nacionais poderá contribuir para uma melhor avaliação do potencial instalado, e uma Reunião com potenciais pesquisadores básicas e de produtores de vacinas contra HIV/aids para avaliar interesse e potencialidade de produção de algum dos produtos em estudo, em especial de produção menos complexa como peptídeos sintético em células CHO e de DNA em clonado em plasmídeos.

As atividades em andamento incluem a criação de grupo Matricial dentro da CN para orquestrar estas

atividades, a identificação de coordenações estaduais e municipais estratégicas para organização de futuros ensaios de fase 3 e a parcerias com estas instâncias e de LACEMs nestas localidades para, em conjunto com a modernização em curso pela unidade de prevenção dos CTA em todo território nacional, possamos tanto estimar a incidência de infecção pelo HIV no País como identificar parceiros para captação e seguimento de voluntários para estudos com produtos vacinais.

A elaboração de protocolos de cooperação internacional com agências governamentais, como a recentemente assinada colaboração com o governo Francês, assim como o reforço de parcerias anteriores permitirão a colaboração crescente com instituições e agências financiadoras como a ANRS, Fogarty, NIH (HVTN), entre outros, assim como a relação de quase uma década com a UNAIDS, poderão contribuir na estruturação destas atividades. Um Seminário para discutir a colaboração na área de Vacinas contra HIV/AIDS promovido pelas CN/ANRS em julho próximo, aproximando pesquisadores do País com os da França exemplifica as possíveis vias de interação. A divulgação as coordenações locais de fontes de financiamento externas, como o programa CIPRA do NIH, e a abertura para todas as iniciativas sérias nesta área para contribuem para a ampliação e consolidação da instituições do País no esforço internacional de desenvolver, o mais rápido possível, uma vacina acessível e eficaz contra a aids.

GESTÃO DO PROJETO

LINHA DE AÇÃO PREVISTA NO PAD

Realização de atividades de monitoramento e avaliação, incluindo monitoramento e avaliação de CTA e laboratórios de saúde pública, avaliação de todas as instituições estaduais e municipais realizando atividades do projeto, avaliação de subprojetos de ONG incluindo o monitoramento de 80 subprojetos de ONG, estudos sobre impacto de atividades preventivas no local de trabalho, workshops para participantes de ONG em avaliação, preparação de relatórios de monitoramento e avaliação, estudos de impacto do projeto e avaliação de intervenções entre populações específicas.

Quadro demonstrativo dos Principais Produtos e populações abrangidas no período janeiro de 2000 a abril de 2001

Descrição do produto	Nº AIDS I	Nº AIDS II			Estimativa da população abrangida
		1999	2000	2001	
Planejamento das ações do POA, a partir da metodologia do Marco Lógico – Gestão por Objetivo.	26 Estados Distrito Federal 43 municípios	26 Estados Distrito Federal 89 municípios 03 consórcios	26 Estados Distrito Federal 147 municípios 03 Consórcios	26 Estados Distrito Federal 148 municípios 03 consórcios	Estados e Municípios
Fortalecimento da Cooperação Técnica financeira por meio dos convênios	26 Estados Distrito Federal 42 municípios	26 Estados Distrito Federal 89 municípios 03 consórcios	26 Estados Distrito Federal 147 municípios 03 consórcios	Convênios em fase de formalização	Estados e municípios
Processo de implantação de Comissões Interinstitucionais nos Estados e Municípios conveniados		Implantada em 20% dos OGP	Implantada em 30% dos OGP	Implantada em 35% dos municípios conveniados e em 100% das Unidades Federadas	Estados e municípios
Criação da Comissão de Gestão das Ações de DST e Aids com representação regional e paritária		Eleita com representantes de 10 Estados e 10 municípios	05 reuniões Realizadas	02 reuniões Realizadas	Estados e municípios
Elaboração dos documentos PRODOC: UNESCO e UNDCP, como forma de agilizar as ações contidas no POA federal		Documentos de PRODOC: UNESCO UNDCP Elaborados	Documento de PRODOC UNDCP Revisado	Aprovada a revisão do documento de PRODOC UNDCP pela ABC e pelo Banco Mundial. Iniciada revisão do documento de PRODOC UNESCO que será finalizada e submetida à aprovação até junho de 2001.	

Gestão: Planejamento Estratégico: Desenvolvimento das etapas de Análise de Situação e Análise da Resposta integrantes da Metodologia da UNAIDS para o Plano Estratégico.			Roteiros de Análise de Situação e da Resposta. Elaborados Realizadas 02 oficinas de trabalho com os coordenado-res estaduais e de municípios indicados por cada Estado. **Metodologia Transferida, de cada estado para seus municípios prioritários.** Metodologia aplicada pelas coordenações estaduais, resultando em 18 relatórios estaduais	Análise de Situação e da Resposta dos Estados consolidadas. Manual de Operacionaliza-ção do Planejamento Estratégico formalizado, Instrumentalizando o Manual da UNAIDS para a Elaboração do Plano Estratégico, Oficinas de trabalho macro-regionais para transferência da metodologia, validação do Manual e " start" do Processo de elaboração final do Plano Estratégico para o período de 2002 a 2005, agendadas para o mês de maio de 2001.	Estados e municípios
Elaboração dos Planos Operativos Anuais - POA	70	119	177	178	Estados e municípios
Parceria com Management Sciences for Health - MSH / USAID para aperfeiçoamento da Metodologia de Auto Avaliação do Processo Gerencial - APROGE		01 instrumento definido			Representantes da CN, da USAID / FHI / MSH e de Coordenações Estaduais e Municipais do Programa.
Realização de experiências piloto para aplicação do APROGE		3 Estados (SP,CE e BA) 4 Municípios (Campinas, Rio de Janeiro, Fortaleza e Salvador)	Primeira etapa do APROGE realizada por todos os OGP participantes		Estados e municípios

Desenvolvimento de Estudos sobre Contas Nacionais		01 estudo sobre contas nacionais desenvolvido. 1ª fase do estudo de contas nacionais concluída – estimativas com base no gasto Público Federal, em 1997 e 1998 – para prevenção e tratamento da Aids no Brasil.	Relatório 1ª fase do estudo sobre contas nacionais publicado. 2ª fase do estudo sobre contas nacionais iniciada, referente aos gastos das secretarias estaduais e municipais de saúde, das empresas, dos planos e seguros de saúde, das ONG e das famílias.	2ª fase do estudo sobre contas nacionais em desenvolvimento	Apoio da Fundação Mexicana para a Saúde – FUNSALUD e do SIDALAC – UNAIDS
Realização de Estudo de Alternativas de Financiamento para as ações de DST/Aids pelos mecanismos de financiamento do SUS				Em fase de finalização, em consonância com a NOAS-SUS 01/2001. Elaborada uma proposta preliminar com suporte técnico de consultores do IPADS que foi discutida e aprovada pelas unidades técnicas da CN, pela comissão de gestão e pelos coordenadores estaduais em reunião específica.	Estados e municípios
Capacitação dos OGP na aplicação das Diretrizes do Banco Mundial, nas modalidades de aquisição e contratação de serviços de consultoria		119 OGP treinados	177 OGP treinados (58 municípios novos).	178 OGP treinados, sendo 26 Estados e o Distrito Federal capacitados pela CN para repasse do treinamento aos seus municípios, sempre com o apoio e acompanha-mento da CN.	Estados e municípios

SIAIDS: **- Implantação dos módulos:** Programação Reprogramação Execução/SOE Monitoramento Contabilidade Licitação		119 OGP com o Sistema implantado e capacitados para utilizá-lo.	177 OGP com o Sistema implantado e capacitados para utilizá-lo.	178 OGP com o Sistema implantado e capacitados para utilizá-lo.	Estados e municípios
SICLOM: • Piloto instalado • Sistema implantado • Ampliação do Sistema			5 Unidades Dispensadoras do DF. 111 Unidades Dispensadoras em todo País. 20 Unidades Dispensadoras habilitadas.	Sistema implantado em todas a Unidades Dispensadoras de SP, RJ e DF.	65% dos pacientes que recebem medicamento ARV da rede pública. 80% dos pacientes que recebem medicamento ARV da rede pública.
SISCEL: • Piloto implantado - Capacitação de técnicos envolvidos			03 Laboratórios 02 Instituições de coleta de exames 02 entidades que acompanham pacientes. 126		Estados e municípios
SIMOP				Projeto em desenvolvimen-to	Organizações Governamentais e Não Governamentais parceiras.

Análise da Situação

As diretrizes de institucionalização, descentralização, participação e controle social e de sustentabilidade das ações de prevenção e controle das DST e aids, passam a ser o fio condutor na priorização e desenvolvimento das ações nas três instâncias de governo.

O avanço do processo de efetivação dessas diretrizes estão expressos nos Planos Operativos de estados e municípios e no aprimoramento dos processos de trabalho e fortalecimento da integralidade das ações.

Na área de planejamento, foi dado início à formulação dos Planos Estratégicos para as 27 Unidades Federadas, a condução e a coordenação deste processo está a cargo dos estados. A metodologia adotada, foi a do "Guia para o Processo de Panejamento Estratégico para uma Resposta Nacional ao HIV/Aids" - UNAIDS. Nos meses de agosto e setembro/2000 os estados, em parceria com os diferentes atores envolvidos, incluindo os municípios conveniados, desenvolveram os dois primeiros módulos do Guia, com roteiro adaptado à situação brasileira que são Análise de Situação e Análise da Resposta. Os primeiros resultados foram encaminhados à Coordenação Nacional no mês de outubro de 2000.

Este inventário da análise de situação e da resposta, constituiu-se em importante ferramenta na elaboração do POA 2001, subsidiando os órgãos gestores na definição das ações a serem priorizadas espelhando de forma mais aprimorada as demandas locais em função da situação da epidemia.

A partir do ano de 2001 demos início a elaboração dos Planos Estratégicos que deverão contemplar o quadriênio 2002 a 2005. Nesse sentido, em abril de 2001, foi elaborado um Manual para a Construção do Plano Estratégico, instrumentalizando o Guia da UNAIDS que pautará a condução de quatro oficinas de trabalho macrorregionais que acontecerão no período de 22 a 31 de maio de 2001. Estes Planos deverão conter estratégias para a sustentabilidade das ações de DST e aids.

O monitoramento das ações está sendo realizado por meio do SIAIDS e também, por meio de supervisões em nível local. O perfil da supervisão, vem sendo redefinido pela Coordenação Nacional, objetivando torná-la um processo com enfoque mais pedagógico que permita maior visualização dos problemas locais, tanto nas questões de operacionalização das ações, quanto nas questões de estruturação das Secretaria Estaduais de Saúde e especificamente das equipes locais dos programas, buscando agilizar e maximizar a capacidade de execução, tanto física quanto financeira, dos OGP.

A criação da Comissão de Gestão das ações de DST e Aids, com o objetivo de assessorar a Coordenação na definição das ações e estratégias para a prevenção e controle da epidemia, pactuar e definir as atribuições e competências de cada instância de governo, definir o processo de descentralização das ações de DST e aids e estabelecer o plano de sustentabilidade das ações, vem dando resultados positivos com a instituição de Subcomissões para estudos e propostas de encaminhamentos, principalmente para as questões de prevenção, de descentralização de exames de contagem de CD4/CD8 e quantificação de carga viral. As discussões, com relação ao aumento da cobertura e os mecanismos de financiamento das ações de prevenção para as populações de risco acrescido, produziram um texto técnico para subsidiar a revisão das prioridades acordadas nas Programações Orçamentárias Anuais (POA) das instâncias Federal, Estadual e Municipal. Essa proposta de mudança tem como eixos principais:

- descentralização do processo de concorrência para seleção dos projetos de ONG, que se encontra em curso e em fase de aplicação para as regiões sul e sudeste, tendo sido realizados processos de concorrência descentralizada por seis Unidades Federadas (RS, SC, PR, SP, RJ e CE). Esta proposta é importante porque muitas das ações com populações de risco acrescido ainda são desenvolvidas por organizações da sociedade civil;
- necessidade de ampliar a cobertura das ações executadas diretamente pelas Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids, para as populações de risco acrescido, tendo em vista a necessidade de ampliarmos a resposta das ações de prevenção e reduzir as taxas de novas infecções, principalmente, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste;
- descentralização do processo de supervisão, monitoramento e avaliação dos projetos executados pelas organizações não-governamentais e definição de diretrizes técnicas para implantação de sistema de monitoramento e avaliação.

A Comissão de Gestão das Ações de DST/HIV/aids foi oficializada pela Portaria Ministerial nº 992/GM de 01 de setembro de 2000.

No que se refere às alternativas de financiamento das ações de DST/aids, buscando sua sustentabilidade, deu-se início a um estudo que tem por objetivo definir formas de financiamento para as ações de DST/aids adequadas os mecanismos de financiamento do Sistema Único de Saúde. Uma proposta preliminar, em consonância com a legislação que rege o SUS, já foi elaborada com o suporte técnico de consultores do IPADS e levada à discussão com a Comissão de Gestão e com os Coordenadores Estaduais.

Cooperação com Agências Internacionais para o aprimoramento da gestão

Como estratégia para o aprimoramento do processo de gestão do projeto, o Ministério da Saúde tem estabelecido parcerias com Organismos Internacionais vinculados ao Sistema das Nações Unidas. A cooperação tem permitido a ampliação das

respostas para a prevenção e controle das DST e aids, especialmente no que se refere a formalização de subprojetos com instituições não-governamentais, universidades, instituições governamentais da área de saúde e social e outros organismos da sociedade civil. Ainda, a cooperação tem permitido a realização de ações de treinamento, prevenção, garantia dos direitos fundamentais, implantação de serviços e modalidades assistências, etc. A cooperação com os organismos internacionais tem possibilitado a maior racionalização dos procedimentos de execução do projeto, agilizando-a e garantindo a adoção das normas e procedimentos estabelecidos no Acordo de Empréstimo.

Com vistas em se alcançar uma resposta mais global para a prevenção e controle da epidemia de aids no País, para o AIDS II, se estabeleceu cooperação com outras agências das Nações Unidas que possuem mandatos concorrentes às ações e atividades previstas no AIDS II. Projetos de Cooperação com a UNESCO e UNDCP foram assinados.

Acompanhamento da Execução do Acordo de Empréstimo

Os recursos de fonte BIRD, previstos no acordo, são depositados, em sua totalidade, em uma conta corrente, em dólares americanos, específica para o AIDS II, chamada CONTA EMPRÉSTIMO. Esta conta é controlada diretamente pelo BIRD, contendo subcontas, onde estão depositados os valores relativos a cada categoria de despesa do projeto. Após cada comprovação de despesas (SOE) aceita pelo BIRD, são debitados os valores relativos a cada categoria do SOE aceito, em cada subconta respectiva.

A Coordenação Nacional de DST e Aids, após a assinatura do acordo, abre uma conta corrente no Banco do Brasil S.A., chamada CONTA ESPECIAL, a qual é abastecida pela Conta Empréstimo.

A Coordenação Nacional solicita adiantamento de recursos nas fontes BIRD e Federal, da Secretaria do Tesouro Nacional - STN, que atende a solicitação. Os recursos são depositados no Fundo Nacional de Saúde - FNS, que repassa, mediante convênio, conforme programação por fonte, às entidades executoras - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Agências Internacionais de Cooperação Técnica (UNDCP e UNESCO) e ao próprio Ministério da Saúde - MS, para a execução e implementação do AIDS II.

As entidades executoras realizam suas atividades programadas no POA, gastando os recursos repassados e comprovando as despesas à Coordenação Nacional, com a apresentação de Declarações de Despesas - SOE contendo os gastos realizados na execução das atividades, enquadrados nas respectivas categorias. Estas despesas feitas em reais, são transformadas em dólares americanos pela taxa cambial do dia do pagamento.

A Coordenação Nacional analisa as Declarações de Despesas (SOE) apresentadas pelas entidades executoras, aceitando total ou parcialmente estas despesas. Agrupa as Declarações em lotes, denominados Pedidos de Reembolso - PR, que devem totalizar o montante do adiantamento solicitado da STN, encaminhando-os dentro dos prazos previstos à STN.

A STN então, após análise dos PR, saca o valor do adiantamento diretamente da Conta Especial, ressarcindo-se do adiantamento feito anteriormente ao AIDS II.

O Ministério da Saúde periodicamente agrupa diversos PR, elaborando um documento chamado Application, em geral com valores acima de US$ 4 milhões, e o encaminha ao BIRD. O BIRD, após análise do Application, saca o valor do Application da Conta Empréstimo, e deposita esse valor na Conta Especial, recompondo dessa forma o saldo da Conta Especial.

O fluxo dos recursos financeiros do acordo, a sua dinâmica e permanente movimentação, dependem sempre das Declarações de Despesas - SOE das entidades executoras, da disponibilidade de recursos pela STN e na Conta Especial.

A Coordenação Nacional realiza o controle e adequação das Declarações de Despesas (SOE) das entidades executoras, por fonte e por categoria, consolidando valores que representam a implementação do AIDS II. Realiza o acompanhamento da movimentação da Conta Especial e da Conta Empréstimo, visando a tomada de decisões necessárias ao bom desempenho do projeto.

No ano de 2000, os sistemas informatizados que instrumentalizam estes procedimentos foram substituídos pelo SIAIDS, possibilitando a integração

das fontes de informação, o aprimoramento dos processos e o controle da execução física e financeira do Acordo de Empréstimo.

Planejamento, Monitoramento e Avaliação

Com o objetivo de promover maior eficiência e eficácia das ações de prevenção e controle das DST e aids, promovendo o alcance dos objetivos proposto pelo Projeto AIDS II, a Coordenação Nacional de DST e Aids tem aprimorado os processo de planejamento, programação, execução, acompanhamento e avaliação das ações para a prevenção e controle das DST e aids.

A gestão do Projeto AIDS II está sendo implementada com uma abordagem pró-ativa do processo de gestão, que articula os aspectos estratégicos do planejamento com a manutenção das rotinas de trabalho de programação e com o desenvolvimento de uma proposta de monitoramento e de avaliação. Trata-se de uma abordagem integrada, diferenciada apenas nos mecanismos de articulação com os diferentes órgãos gestores.

Sistema de Monitoramento

O sistema de monitoramento físico-financeiro proporcionará o acompanhamento contínuo do projeto, tendo por referência os produtos e atividades programados física e financeiramente nos POA elaborados pela Coordenação Nacional de DST e Aids e por 178 estados e municípios conveniados.

Tem por finalidade básica acompanhar, sistematicamente, a execução das ações de DST/aids programadas, detectar os possíveis avanços ou atrasos e suas causas, analisá-los e apoiar as Órgãos Gestores na superação dos obstáculos identificados.

Metodologia do Sistema

O sistema tem como referência as programações anuais e trimestrais contidas nos POA e será alimentado pelas entidades executoras exclusivamente com as informações de execução. uma vez que as informações de programação já serão previamente delineadas pelo SIAIDS.

O SIAIDS, após o recebimento dos informes de execução, oriundos dos Órgãos Gestores, efetuará o processamento das informações, de forma sistêmica e transparente, e emitirá os relatórios de saída, nos níveis institucional, setorial e geográfico, tendo por resultado planilhas e gráficos que poderão informar, em tempo oportuno, às autoridades do poder decisório, as diferenças entre o planejado e o executado e as causas responsáveis pelas referidas diferenças ou variações. O módulo de monitoramento do SIAIDS encontra-se em fase final de elaboração, adotando como base a lógica do planejamento estratégico, em conformidade com a metodologia adotada pela UNAIDS.

Análise das Respostas, com ênfase nos produtos e resultados

- Institucionalização do projeto nas estruturas gestoras e de controle social do SUS, permitindo a sua continuidade e sustentabilidade após 2002, quando finaliza-se o Acordo 4392/BR;
- Fortalecimento do processo de parcerias com os 26 estados, o Distrito Federal, 147 municípios e três consórcios intermunicipais de saúde, conveniados com o Ministério da Saúde no âmbito do Acordo de Empréstimo;
- Promoção do processo descentralizado na elaboração e execução de planos estratégicos, aprimoramento da programação, monitoramento e avaliação, promovendo uma maior autonomia das equipes estaduais e municipais, na condução do projeto no seu âmbito de atuação;
- Implantação, em nível federal, de estrutura que integre as distintas dimensões do processo de gestão e articule as diversas instâncias gestoras do Projeto, cumprindo um papel de assessoria permanente em níveis decisórios do Ministério da Saúde, nas questões relativas ao projeto;
- Implementação do Plano Nacional de Avaliação, nos três níveis de governo, permitindo conhecer o grau de alcance dos objetivos propostos pelo projeto, especialmente no que se refere aos resultados e impactos das ações prioritárias para a redução da incidência do HIV aids e outras DST e a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids;
- Consolidação do processo de participação e controle social das políticas para a prevenção e controle das DST/HIV/aids, por meio da

implantação das Comissões Interinstitucionais nos estados e municípios conveniados, como forma de ampliar a participação da sociedade e fortalecer o controle social e da criação da Comissão de Gestão das Ações de DST e Aids.

Fortalecimento das Estruturas de Gestão do Projeto

1- Coordenação do processo, junto às agências internacionais de cooperação técnica e financeira - UNESCO, UNDCP - com as quais foram firmados termos de cooperação.

2- Desenvolvimento do Sistema de Informações Gerenciais do Projeto AIDS II (SIAIDS) em parceria com a Área de Informática e a Universidade de Brasília. O SIAIDS foi desenvolvido nos módulos de programação, convênios, execução física e financeira, contabilidade e licitação. O módulo de programação foi implantado nos 178 estados e municípios conveniados, permitindo a elaboração dos POA de 2000 e 2001.

3- Criação da Comissão de Gestão das Ações de DST e aids, que tem como objetivo assessorar a CN-DST e AIDS na definição das ações e estratégias para a prevenção e controle da epidemia, pactuar e definir as atribuições e competências de cada instância de governo na execução das ações, definir o processo de descentralização das ações de DST e aids e estabelecer o plano de sustentabilidade das ações.

4- Conclusão do estudo de "Contas Nacionais: estimativas com base no gasto público federal em 1997 e 1998". O estudo teve por objetivo a verificação dos níveis e dos fluxos de financiamento e de gasto para a prevenção e tratamento da aids no Brasil, considerando os recursos gerenciados pelo Ministério da Saúde. Permitiu, também, gerar informações objetivas para a tomada de decisões e o desenho de políticas que contribuam para reduzir o impacto da doença. O estudo foi desenvolvido em parceira com a Fundação Mexicana para a Saúde - FUNSALUD e do SIDALAC/UNAIDS. No ano de 2000, foi publicado o relatório de conclusão da primeira etapa do estudo e iniciou-se a segunda fase que, no que diz respeito ao gasto público federal, que estende o período de análise até o ano 2000. No decorrer do ano 2001, será concluída a etapa de levantamento e análise das informações relativas aos gastos realizados também pelos governos estaduais, municipais, organizações não-governamentais, setor privado de saúde, empresas e famílias.

5- Realização de oficinas macrorregionais com as coordenações estaduais e municipais para a capacitação sobre a normas e procedimentos de execução administrativa e financeira do Acordo de Empréstimo. As oficinas de trabalho abrangeram a totalidade dos estados e municípios e abordaram os temas relativos aos convênios, procedimentos de aquisição, prestação de contas, declaração de gastos (SOE) e gerenciamento financeiro. Com a expansão do número de municípios conveniados e o estreitamento de relações com os estados, no ano de 2001, as referidas oficinas de trabalho abrangeram, além das coordenações estaduais de DST e Aids, procuradores das procuradorias jurídicas estaduais, técnicos dos setores financeiros e de licitações de cada estado, auditores dos Tribunais de Contas Estaduais e representantes dos Núcleos Estaduais de Convênios do Fundo Nacional de Saúde. A inclusão do corpo técnico-jurídico das Secretarias Estaduais de Saúde visa dotar as coordenações estaduais de DST e aids de maior agilidade para a execução das ações previstas nos planos de trabalho dos convênios, através da minimização de entraves jurídicos e burocráticos que se verificaram nessas instâncias do Poder Público estadual.

6- Supervisão da execução dos convênios firmados com os estados e municípios, sendo, a cada ano, priorizados aqueles que possuem convênios com maior volume de recursos e que firmaram seu primeiro convênio, sempre que demandaram a necessidade de supervisão, visando à adequação do processo de execução.

7- Realização de oficinas macro-regionais para reprogramação dos POA 1999 e 2000, com

vistas em adequar a programação das ações com o processo de execução. Foram reprogramados os POA de todos os estados e municípios conveniados. Nas oficinas de reprogramação do POA 1999 foram também treinados os profissionais para a implantação do programa de informática para a sistematização dos gastos realizados e o envio de SOE. Este programa foi substituído pelo SIAIDS em 2000 e os dados de 1999 importados, de forma a permitir o acompanhamento integral da execução das ações.

Planejamento e Programação das ações para a prevenção e controle das DST e aids nos três âmbitos de governo

1- Ampliação do número de municípios conveniados, com a elaboração de Planos Operativos Anuais de 2000 por 147 municípios, 3 consórcios intermunicipais de saúde e 27 Unidades Federadas e os Planos Operativos Anuais de 2001 por 148 municípios, 03 consórcios intermunicipais de saúde e 27 Unidades Federadas. O processo de elaboração dos POA-2000 e 2001 foi descentralizado e conduzido no âmbito de cada Unidade Federada pelas secretarias estaduais. A Coordenação Nacional atuou no sentido de estabelecer as normas e procedimentos para a programação das ações, a promoção da capacitação dos gestores estaduais e de municípios novos que integram o AIDS-II, a partir de 2000.
2- Elaboração e formalização de 58 Termos de convênio, com os novos municípios que iniciaram a sua atuação no Projeto no ano de 2000.

Implementação e monitoramento do projeto

1- Elaboração e encaminhamento ao Banco Mundial do financiamento retroativo (período 1997/1998), para dar início ao desenvolvimento das atividades do Projeto AIDS II e a elaboração das declarações de gastos do projeto. Até 30 de março de 2001 foram submetidos ao Banco treze Applications.
2- Elaboração e consolidação do modelo de monitoramento informatizado para as ações do Projeto AIDS II. Esse Sistema de Acompanhamento Físico e Financeiro tem por objetivo detectar os pontos de estrangulamento no momento de execução das ações, suas causas de avanços ou atrasos, subsidiando ajustes necessários. A operacionalização desse sistema se dá por meio dos órgãos gestores do projeto, sob a coordenação da ASPLAV. O sistema está integrado ao SIAIDS. O módulo de monitoramento está em desenvolvimento, assumindo-se como base, o Planejamento Estratégico, segundo a metodologia da UNAIDS.

Avaliação

Deverá ser implementada com o objetivo de estabelecer as diretrizes de avaliação do AIDS-II, os indicadores e o processo de avaliação, que permitirão dimensionar o grau de implementação do projeto, o alcance dos objetivos propostos e os resultados e impactos alcançados na implementação das estratégias e ações previstas, foi concluído o Plano Nacional de Avaliação do AIDS-II. No contexto do plano de avaliação, estão definidas as estratégias para se promover avaliações descentralizadas e a institucionalização desses processos no âmbito das instituições públicas e privadas que compõem o projeto, com ênfase para os Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids. A elaboração do Plano Nacional de avaliação ocorreu em parceria com estados, municípios, universidades e organismos internacionais com experiência na área (USAID, MEASURE FHI, UNESCO, UNICEF e UNAIDS).

Nesse sentido, a Coordenação Nacional de DST e Aids tem buscado constantemente o estabelecimento de parcerias com universidades e organismos internacionais, para o desenvolvimento e aprimoramento de metodologias e teorias que possibilitam o desenvolvimento de processos de avaliação para dimensionar os resultados e os impactos das ações prioritárias definidas no AIDS-II. Isto tem possibilitado o desenvolvimento de protocolos específicos de avaliação, desenvolvidos em parceria com organismos internacionais e instituições de pesquisa brasileiras e sob a coordenação das diversas áreas técnicas da Coordenação Nacional de DST e Aids envolvidas com a temática.

Principais Dificuldades e Avanços

Dificuldades

- Normas e procedimento do Banco Mundial que, por possuir uma lógica fundamentada na execução de projetos de infra-estrutura, dificulta a implementação de projetos sociais.
- Entraves burocráticos para assinatura dos convênios e liberação dos recursos da primeira parcela dos convênios 2000, atrasando a execução descentraliza do projeto no ano 2000.
- Orçamento federal para o ano 2000 sancionado pelo PR em abril/00, aprovando os recursos para o Projeto com redução de mais de 85% na fonte BIRD, limitando a implementação e atrasando a execução descentraliza do projeto no ano 2000.

Avanços

- Promoção do fortalecimento dos órgãos gestores do projeto, na adoção de um modelo de gestão estratégica, onde os processos de planejamento, programação, monitoramento e avaliação são descentralizados, favorecendo a prática da pactuação com os gestores das instâncias locais, envolvidos direta ou indiretamente com a execução do projeto.
- Criação da Comissão de Gestão que tem se constituído como uma instância de pactuação do processo de descentralização das ações com o estabelecimento de competências e atribuições.
- Descentralização das ações de DST e aids, permitindo a formalização de programas nas 27 Unidades Federadas, em 148 municípios e em 03 consórcios intermunicipais.
- Aprimoramento dos processos de gestões junto aos diferentes fóruns de discussão, objetivando a inserção na agenda política dos gestores estaduais e municipais, dos princípios norteadores do projeto: institucionalização. ampliação da participação da sociedade e das instâncias de controle social, e sustentabilidade, com a formação das comissões interinstitucionais.
- Aprimoramento do processo de planejamento estratégico com a adoção da metodologia do "Guia"-UNAIDS, já tendo sido aplicado para as 27 unidades da federação os dois primeiros módulos do Guia: Análise de Situação e Análise da Resposta que resultou na elaboração do POA 2001 com maior qualidade na definição das prioridades. Instrumentalização do "Guia"-UNAIDS, com a elaboração do Manual para construção do Plano Estratégico em parceria com o MSH.
- Fortalecimento das parcerias com os diversos atores sociais envolvidos com a questão da avaliação do projeto, confluindo na formalização do Plano Nacional de Avaliação.
- Suplementação dos Orçamentos de 1999 e 2000, possibilitando a execução integral das ações previstas para os referidos anos.
- Fortalecimento da gestão descentralizada do projeto, nas Secretarias de Saúde, com a adoção de práticas de execução e controle dos processos de programação, reprogramação, execução financeira, monitoramento e comprovações de despesas.

Auditoria Preventiva

A área de auditoria preventiva tem por objetivo viabilizar o desenvolvimento de um trabalho voltado para o controle da aplicação dos recursos financiados às instituições/projetos, por meio de um efetivo exame da documentação apresentada a título de prestação de contas, e pela realização de "auditorias preventivas" - atitude inovadora da Coordenação, de modo a garantir a verificação *in loco* dos subprojetos financiados.

As prestações de contas apresentadas pelas instituições/projetos são examinadas na sua totalidade, garantindo, assim, a estratégia do componente.

A auditoria preventiva, a exemplo da dinâmica de supervisão proposta pela Coordenação Nacional de DST e aids, assume um caráter pedagógico em substituição ao caráter punitivo, usualmente atribuído às ações de auditoria.

Informática

Uma das atividades estratégicas para garantir a capacidade operativa da Coordenação Nacional de DST e Aids na execução das ações de prevenção e controle das ações de DST e aids é o desenvolvimento e implementação de sistemas informatizados com abrangência nacional. Estes sistemas dão suporte ao processo de descentralização e monitoramento das ações e produtos previstos, permitindo o planejamento adequado e o acompanhamento eficaz das atividades desenvolvidas e dos objetivos e produtos alcançados.

Ao longo dos últimos 9 meses, a Unidade de Informática passou por uma reestruturação interna, buscando claramente aumentar as características de segurança e qualidade de serviços.

No aspecto segurança, foram feitas algumas implementações que estão garantindo proteção e inviolabilidade nos dados armazenados, bem como um aumento no desempenho dos serviços oferecidos internamente.

Na questão de qualidade, sendo um processo de mais longo prazo, os resultados começam a ser sentidos de forma gradual, principalmente no tocante às aplicações, que foram motivo de reavaliações e adaptações visando torná-las cada vez menos dependentes de uma estrutura centralizada.

Vamos descrever abaixo a situação atual dos principais sistemas atendidos e seus rumos futuros.

SIAIDS

O Sistema de Informações Gerenciais do Projeto AIDS II (SIAIDS) está sendo implementado gradualmente, tendo na sua manutenção e correção de problemas tomado quase que todo o tempo de trabalho da equipe de manutenção, até o final do ano passado.

Visando garantir uma implementação mais rápida dos módulos inexistentes, bem como agilizar o processo de manutenção dos já implantados, foi montada uma força-tarefa com novos consultores.

Assim sendo, estão em fase de implantação os módulos:

- Execução Física e Financeira;
- Monitoramento;
- Controle de Passagens e Diárias.

Também podemos considerar plenamente entregues os módulos:

- Planejamento;
- Controle de Licitações.

SIMOP - Sistema de Monitoramento de Projetos

Para atender a necessidade de geração de informações, bem como acompanhar o trâmite que um projeto passa dentro da Coordenação Nacional, foi iniciado o desenvolvimento de um sistema, visando garantir qualidade e níveis adequados de informação.

Este aplicativo era um dos módulos a ser implantado no SIAIDS, mas adotou-se uma estratégia diferenciada, sem perder de vista o rumo do projeto. Desta forma, o SIMOP utiliza a base de dados do SIAIDS e se relaciona intimamente com as tabelas e dados deste. Então, está garantida a qualidade e integridade relacional dos dados.

O SIMOP está com 40~50% concluído.

O sistema disponibilizará informações através da Internet, para que organismos executantes dos projetos possam acompanhar o fluxo dos mesmos dentro da CN, durante a fase de avaliação, bem como na fase de execução e de liberação de recursos.

SICLOM

Após análise detalhada do processo de manutenção das 111 Unidades Dispensadoras que haviam recebido o SICLOM, optamos por uma reformulação geral, visando garantir a continuidade das implantações.

Assim, considerando premissas de cunho filosófico e tecnológico, adotamos as seguintes providências:

- Implantação do SICLOM por completo em três estados da federação: São Paulo, Rio de Janeiro e Distrito Federal. Estes estados correspondem a aproximadamente 80% do número de pacientes atendidos no Brasil.

- Descentralização do processo de implantação, treinamento e manutenção das Unidades Dispensadoras por meio da participação Coordenações Estaduais.
- Contratação do desenvolvimento de um módulo Gerencial que deverá estar em início de implantação até o final do mês de junho/ 2001.
- Aquisição de 240 computadores de alta confiabilidade e com longa garantia, visando dar tranqüilidade tanto às Unidades Dispensadoras quanto às Coordenações Estaduais no que tange à disponibilidade de equipamento para plena operação do sistema.
- Desenvolvimento de rotina de restabelecimento do ambiente operacional completo no caso de falha grave.
- Preparação de material instrutivo do SICLOM e treinamento do pessoal de atendimento do Disque saúde, a fim de deslocar para esse serviço, o auxílio ao usuário do aplicativo.
- Treinamento de Coordenações Estaduais visando ao atingimento das condições para que elas ofereçam suporte a todas as Unidades Dispensadoras sob sua responsabilidade.

Com essas providências, estimamos ter, até o final de agosto/2001, mais de 230 Unidades Dispensadoras funcionando plenamente e dentro do conceito de plena sustentabilidade, já que as Coordenações Estaduais estão sendo preparadas para prover todo o atendimento e suporte.

SISCEL

O Sistema de Controle de Exames Laboratoriais também sofreu um processo de reavaliação, mas teve preservada sua linha de desenvolvimento original.

Os computadores foram enviados para os laboratórios e estão em fase de implantação.

Foi contratado o desenvolvimento do módulo gerencial, para que tanto Coordenação Nacional, quanto as Coordenações Estaduais possam acessar informações consolidadas.

Como no SICLOM, o SISCEL também está voltado para um processo de descentralização.

Assim, as Coordenações Estaduais serão preparadas e deverão dar todo apoio ao uso da aplicação nos laboratórios. Isto inclui também o treinamento de novos usuários.

Também estamos disponibilizando documentação para que a estrutura do Disque Saúde possa atender, de forma ágil e fácil, as demandas de dúvidas dos laboratórios no uso do SISCEL.

O aplicativo está sendo disponibilizado com um conjunto de rotinas visando a recuperação automática de dados e programas, quando ocorrerem problemas.

INTERNET

Um dos grandes responsáveis pela disseminação de informações sobre DST e aids no Brasil e no mundo tem sido a Internet.

Desta forma, visando estar sempre mais e mais atingindo seus objetivos, a Coordenação Nacional de DST/AIDS está continuamente revendo o projeto da página.

Torná-la muito mais um instrumento de acesso social às informações é meta prioritária neste trabalho.

INTRANET

Fonte de recursos que facilitam o processo administrativo e de gestão numa unidade de negócios, está sendo implantada uma Intranet na Coordenação Nacional de DST e Aids.

Com inegável redução do fluxo de documentos e circulação de processos administrativos, a Intranet está em constante evolução, disponibilizando a cada dia novas opções para simplificar o dia-a-dia desta CN.

COOPERAÇÃO EXTERNA: UM DESAFIO INTERNACIONAL

As ações de cooperação internacional desenvolvidas pelas distintas Unidades e Assessorias da CN-DST/AIDS, as atribuições da área compreendem: a negociação de projetos e atividades de cooperação, sua formalização junto às instâncias pertinentes, as providências técnico-administrativas para viabilização destas ações, bem como a articulação com organismos internacionais e com governos estrangeiros no sentido de desenvolver ações de cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira.

As atividades de cooperação externa da CN-DST/AIDS podem ser divididas em três grandes blocos, abaixo elencados, e têm sido desenvolvidas com graus variados de institucionalização, ou seja, desde projetos formais, negociados no âmbito do Ministério das Relações Exteriores e demais instâncias pertinentes, até atividades pontuais, acordadas diretamente pelas partes envolvidas:

1. Cooperação bilateral com países;
2. Cooperação multilateral com organismos internacionais;
3. Cooperação com universidades e instituições de natureza similar.

A quase totalidade dos gastos efetuados pela COOPEX em 2000/2001 foram realizados com recursos administrados pelo UNDCP. Relacionam-se, abaixo, os projetos e atividades executadas no período:

COOPERAÇÃO SUL-SUL

A Cooperação Sul-Sul constitui uma importante e estratégica via de troca de experiência técnica entre os países em vias de desenvolvimento. Ela permite qualificar o nível de resposta desses países, promovendo a articulação política entre aqueles mais atingidos pela epidemia da aids e com menor poder de enfrentamento, que, no entanto, podem se beneficiar de uma interação solidária e da disseminação de boas práticas implementadas em um ou mais dos integrantes da cooperação.

O Brasil tem desempenhado, nos últimos anos, um importante papel no contexto mundial da epidemia da aids, sobretudo no que diz respeito à política de produção e acesso à terapia anti-retroviral. Os resultados positivos dessa política têm permitido aos países pobres e em vias de desenvolvimento perceber que, com compromisso político e um plano claro de prioridades, é possível construir boas respostas no campo da saúde.

A Cooperação Sul-Sul tem representado, portanto, uma questão de fundamental relevância geopolítica.

Durante a Conferência Internacional de DST/HIV/Aids realizada em Durban, em julho de 2000, o Brasil se prontificou a compartilhar a experiência adquirida nos últimos quatro anos relacionada à política de distribuição de medicamentos anti-retrovirais de forma universal e gratuita. Esta proposta de cooperação inclui:

1- Experiências na construção de redes de serviços de saúde pública, por meio de:

a) treinamento de profissionais de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da gestão clínica de pacientes com HIV e aids;

b) especificação dos esquemas terapêuticos mais apropriados para cada paciente individual, no âmbito dos diferentes contextos de saúde pública e estrutura dos serviços de saúde;

c) estabelecimento de redes de laboratórios para contagem de células CD4+ e mensuração da carga viral;

d) fornecimento de suporte psicossocial com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento por parte dos pacientes.

2- Experiências com a compra centralizada de medicamentos anti-retrovirais por parte dos governos e com as técnicas de negociação direcionadas à redução do custo dos anti-retrovirais provenientes do Estado, bem como dos laboratórios privados.

3- Experiências na construção de infra-estrutura necessária para o controle logístico da distribuição e estoque de medicamentos para a aids e de insumos laboratoriais em nível nacional.

Estas estratégias envolvem a elaboração e manejo de um sistema de gerenciamento de informações que contempla:

a) a distribuição destes medicamentos e a programação da demanda;
b) o estímulo da demanda;
c) o controle de estoque e do fluxo de utilização de medicamentos e insumos laboratoriais.

4- Transferência de tecnologia aos países interessados na produção de medicamentos anti-retrovirais necessários para o tratamento dos pacientes com HIV/aids.

Cabe observar que, ainda, que a produção de medicamentos por parte dos laboratórios estatais venha a atender plenamente à demanda doméstica, ela, ao menos por ora, não consegue atender integralmente à demanda internacional.

De qualquer forma, o Brasil considera as possibilidades de atender a demandas específicas dos países parceiros que desejem adquirir os medicamentos anti-retrovirais.

Países como a África do Sul e Uganda têm estabelecido contatos a distância e através de missões. A França tem demonstrado disposição em intermediar a instalação de um pólo de produção em países africanos com a utilização de tecnologia brasileira. Com referência à venda de medicamentos, já houve missões ao Brasil de Burkina Faso, África do Sul, além do interesse manifestado por parte de Botsuana, Barbados, Guatemala, Nigéria, países africanos de língua portuguesa e Chile. Algumas dessas missões foram convidadas a conhecer o sistema público de saúde brasileiro, assim como os laboratórios de produção de medicamentos, como a Far-Manguinhos (FIOCRUZ). Com a República Dominicana está sendo discutido um projeto envolvendo o repasse de tecnologia na área de produção e distribuição de medicamentos e com o Quênia houve um repasse de 2.160 frascos de AZT (solução oral).

ÁFRICA

Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)

O Brasil, em parceria com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), tem negociado projetos de cooperação técnica com quatro Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP): Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe. Esses projetos envolvem basicamente a capacitação técnica para profissionais de saúde dos quatro países, bem como a transferência de tecnologia nas distintas áreas relacionadas às DST/aids. Essas capacitações se dão basicamente sob a forma de estágios de profissionais no Brasil, cursos ministrados por profissionais brasileiros e consultorias quanto a questões específicas. Os projetos incluem também, em caráter subsidiário, a transferência de equipamentos essenciais aos treinamentos e aos trabalhos a serem desenvolvidos.

Até o presente momento, foram firmados ajustes complementares aos projetos com São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau, e encontram-se em vias de assinatura os ajustes aos projetos com Angola e Moçambique. As atividades no âmbito desses projetos, entretanto, foram iniciadas antes mesmo da assinatura desses ajustes. Entre as atividades executadas até o momento, destacam-se a consultoria de especialistas brasileiros para avaliação e proposição de uma política na área de informação, educação e comunicação (IEC) para o Ministério da Saúde de Moçambique, a consultoria visando à (re)formulação de legislação sobre HIV/aids junto à Comissão Parlamentar de Angola, bem como estágios de técnicos angolanos no Brasil, nas áreas de vigilância epidemiológica, articulação com Organizações não-governamentais, direitos humanos e gestão de programas de DST/aids. Por outro lado, técnicos angolanos e moçambicanos obtiveram o suporte do Programa Brasileiro para participação no I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/aids (Fórum 2000), realizado no

período de 6 a 11 de novembro de 2000, no Rio de Janeiro. Da mesma forma, o Brasil doou microcomputadores, com impressoras e periféricos, para os Programas Nacionais de DST/Aids de Angola e Guiné-Bissau.

Atualmente, a Coordenação do Brasil está incumbida da elaboração de projeto gráfico de dois manuais para multiplicadores e *folders* informativos, sendo um manual e um *folder* destinados a adolescentes e outros dois materiais semelhantes destinados a profissionais do sexo, para o "Programa Nacional de Luta contra a SIDA de Moçambique". Para esta última população também está sendo elaborada uma proposta de cartaz. O projeto gráfico e as ilustrações dos materiais serão elaboradas pela Assessoria de Comunicação da Coordenação Nacional de DST e Aids e a impressão do material para profissionais do sexo será feita também pela Coordenação Nacional. A tiragem estimada do Manual é de mil exemplares. Já o quantitativo para a impressão do material para adolescentes ainda será definido e os custos com a impressão ficarão por conta de Moçambique.

Realizou-se, no período de 16 de abril a 11 de maio do corrente ano, consultoria brasileira para apoiar os colegas de Angola na avaliação dos cuidados assistenciais às pessoas vivendo com HIV/aids.

Está prevista, para o período de 7 a 16 de maio de 2001, missão do Diretor do "Programa Nacional de Luta contra a SIDA de Guiné-Bissau" ao Brasil, para conhecer, *in loco*, a experiência brasileira em DST/HIV/AIDS e discutir as atividades a serem desenvolvidas no âmbito do projeto. Deverá ser elaborado um novo cronograma de execução das atividades do projeto, tendo em vista as mudanças na estrutura do Programa daquele País.

Espera-se que as demais atividades no âmbito dos quatro projetos sejam executadas até o final do corrente ano. Incluem-se entre as atividades a serem executadas em 2001:

- Com Angola, estão previstos treinamentos - estágios e cursos - nas áreas de sistema de informação em saúde e vigilância epidemiológica; planejamento estratégico e gestão de programas de HIV/aids; informação, educação e comunicação (IEC); e mobilização social para membros de ONG nacionais angolanas. Terão ainda lugar consultorias nas áreas de atendimento às pessoas vivendo com HIV/aids; organização de pessoas vivendo com HIV/aids; desenvolvimento de programas computadorizados nas áreas de gerência técnica e contábil, e manejo de preservativos.

O projeto com Moçambique prevê a realização de cursos de gestão de projetos comunitários em DST/aids e o planejamento e a concepção de material de IEC. A idéia é que os participantes desses cursos atuem como multiplicadores em cursos futuros a serem realizados no País, os quais contarão com a supervisão de técnicos brasileiros.

O projeto com São Tomé e Príncipe prevê a realização de treinamentos nas áreas de abordagem sindrômica das DST; planejamento estratégico e gestão de programas; aconselhamento e assistência; e liderança e ativismo.

Todos os projetos incluem o envio de materiais informativos, bem como a doação de equipamentos de informática, televisores, vídeo-cassetes, entre outros equipamentos, que darão suporte às atividades previstas.

Os valores totais dos referidos projetos são:

Angola: US$ 168,500.00
Moçambique: US$ 209,000.00
Guiné-Bissau: US$ 66,000.00
São Tomé e Príncipe: US$ 44,660.00

Dez por cento desses totais corresponde a uma contrapartida dos países, que não implica recursos financeiros, mas em instalações disponibilizadas e horas de trabalho do pessoal envolvido nos projetos.

Outra fração dos custos totais serão dispendidos pela UNAIDS, por meio de um projeto firmado com aquele Programa que dará suporte à cooperação bilateral. Este projeto prevê basicamente o financiamento dos equipamentos no âmbito dos projetos, além de algumas passagens internacionais dentro do continente africano, e prevê recursos por parte daquele Programa da ordem de US$ 89,130.00 para os quatro países. Caberá, pois, ao Brasil, cerca de US$ 350,000.00 para os quatro projetos.

Países Africanos de Língua Oficial Inglesa

A cooperação com os países africanos de língua inglesa teve início em meados de 1999, e surge como uma nova demanda, por iniciativa do Ministério das Relações Exteriores, por intermédio das embaixadas brasileiras, nos diferentes países, de realizar ações efetivas de cooperação com estes países. Nesse sentido, foram organizadas missões à África do Sul, Namíbia, Quênia, Botsuana e Zimbábue (agosto e novembro de 1999), com o intuito de elaborar um diagnóstico situacional, bem como levantar áreas de interesse mútuo para futuros projetos de cooperação técnica. Por solicitação do UNDCP, incluiu-se nessas missões uma reunião com a SADC (South African Developing Countries), buscando articular a cooperação por intermédio desse organismo multilateral. A partir dessas missões, foram definidos como países com maiores possibilidades de desenvolver projetos e atividades de cooperação técnica a África do Sul e a Namíbia; o primeiro, em função da sua importância regional e da gravidade da sua epidemia, e o segundo, em função do comprometimento e interesse demonstrados, e também devido aos fatores mencionados em relação ao primeiro.

Com a Namíbia já foram definidos os termos do projeto de cooperação, que se encontra em tramitação no Ministério das Relações Exteriores do Brasil.

Namíbia

Os Termos do Projeto foram negociados por ocasião de visita ao Brasil, no primeiro semestres de 2000, do Sr. Abner Xoagub - Coordenador de DST/Aids da Namíbia. A versão final do Projeto foi encaminhada em julho de 2000 ao Ministério das Relações Exteriores do Brasil para elaboração de Ajuste Complementar. Este projeto, de nosso lado, encontra-se em compasso de espera após a determinação do presidente da Namíbia de prender e deportar homossexuais no país.

Valor do Projeto: US$ 110,000.00

Áreas envolvidas: Informação, Educação e Comunicação (IEC) em DST/HIV/Aids; Testagem voluntária e Aconselhamento; Serviço de informação em saúde por telefone; Assistência e Laboratório, Epidemiologia e Gestão.

África do Sul

A partir da missão à África do Sul e das reuniões com representantes do governo sul-africano, foram definidas as seguintes áreas de interesse para a cooperação: gestão, vigilância epidemiológica, IEC e assistência (medicamentos anti-retrovirais). A África do Sul ficou de encaminhar uma proposta de cooperação.

Zimbábue

Foi negociado um Protocolo de Intenções entre Brasil e Zimbábue. As negociações foram interrompidas em função da crise política no País.

Quênia

Está sendo negociado um Memorando de Entendimentos. Estava prevista missão de alto nível ao Brasil, que foi cancelada em função de mudanças internas no Programa de Aids do Quênia.

Botsuana

O Brasil tem participado, como colaborador, de ações de cooperação do PNUD em Botsuana. Neste sentido, dois técnicos brasileiros estarão prestando consultoria em Botsuana para a estruturação de um programa de medicamentos anti-retrovirais, bem como na área de mobilização social e comunicação, numa iniciativa também direcionada para o programa de medicamentos em nível comunitário.

AMÉRICA LATINA E CARIBE

Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids (GCTH)

O Grupo de Cooperação Técnica Horizontal representou uma importante conquista das coordenações de DST/Aids da região da América Latina e Caribe. Criado em meados dos anos 90 e formado por 23 países, o grupo mantém uma articulação técnica e política que tem permitido um fortalecimento da resposta regional ao HIV/aids e uma maior articulação política entre os governos, melhorando a capacidade de negociação dos países-

membros com a indústria farmacêutica, diminuindo significativamente o preço de inúmeros medicamentos antiretrovirais.

Com respeito às ações no âmbito do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/aids (GCTH), parte considerável dos esforços da COOPEX no ano 2000 estiveram voltados para a organização do I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST - "Fórum 2000", realizado no Rio de Janeiro, no período de 6 a 11 de novembro de 2000. O Fórum 2000 reuniu cerca de 2000 pessoas, entre representantes de Programas Nacionais de AIDS, ativistas, profissionais de saúde, setores governamentais, pesquisadores, agências nacionais e internacionais de cooperação e setor privado.

A Coordenação vem mantendo a home page do GCTH, que contém informações sobre o Grupo e sobre os países membros. Da mesma forma, desde 1999 o Brasil tem participado da estruturação da Rede Latino-americana de Planejamento Estratégico em AIDS (REDPES). Em junho de 2000, técnicos da Coordenação Nacional participaram da III Reunião da REDPES, realizada em Antigua, Guatemala.

Dando prosseguimento a uma ação iniciada no ano de 1999, a CN-DST/AIDS, por intermédio da Assessoria de Cooperação Externa, vem apoiando a participação de professores brasileiros em cursos sobre "Controle das DST/Aids em Odontologia", promovidos pela Federação Odontológica Latino-americana da Organização Regional da Federação Dental Internacional (FOLA-ORAL). Em 2000, a Coordenação apoiou a participação de profissionais brasileiros, que ministraram cursos em distintos países da América Latina e Caribe. Desta forma, nos anos 1999 e 2000, realizaram-se cursos em Cuba, México, República Dominicana, Argentina, Paraguai e Guatemala.

Na América Latina e no Caribe, a CN-DST/AIDS tem projetos firmados com 3 países: Cuba, El Salvador e Peru. Estes projetos são detalhados a seguir. Além destes projetos, têm sido desenvolvidas atividades pontuais, de acordo com as necessidades dos distintos países da região.

Cuba

No período 1999-2000, foi negociado, firmado e executado plenamente um projeto de cooperação técnica com o governo cubano. O projeto tem sido avaliado de forma muito positiva por ambos os países, tendo, inclusive, sido considerado como um dos projetos mais bem sucedidos no âmbito da cooperação externa por parte da Agência Brasileira de Cooperação (ABC).

Este fato levou ambos os governos a pensar em uma segunda etapa da cooperação para 2001/2002. Para tanto, está prevista para ocorrer, em maio/junho de 2001, missão para uma avaliação formal do projeto e com vistas à elaboração de uma proposta de um novo projeto Brasil-Cuba.

Valor do Projeto: US$ 168,500.00
Áreas envolvidas: Laboratório, Prevenção, Gestão de Programas, Infectologia, Assistência, Informática e DST.

Principais atividades do projeto: foi estabelecida em Cuba uma rede de comunicação eletrônica, que incluiu a cessão de computadores por parte do Brasil. Por outro lado, realizaram-se missões, a Cuba (maio de 2000) e Brasil (março de 2000), de técnicos da área de laboratório, visando ao intercâmbio de tecnologias na área de exames laboratoriais. O Brasil repassou a experiência brasileira em exames de imunofluorescência, e Cuba repassou ao Brasil a sua tecnologia em exames Western Blot. Além destas atividades, procedeu-se a uma série de treinamentos de técnicos cubanos no Brasil, nas áreas de laboratório (fevereiro); informática (fevereiro/março); prevenção a grupos vulneráveis (abril); infectologia; atenção médica com ênfase em hemoterapia e tratamento de infecções oportunistas, aids e infecções hematológicas (junho); e em gerência de programas e controle epidemiológico (setembro).

Além destas atividades, uma técnica da CN-DST/AIDS participou, do "II Taller Regional sobre Promoción y Educación para la Salud en el Ámbito Escolar", realizado em Havana, Cuba.

El Salvador

Encontra-se em implementação projeto de cooperação técnica com o Governo de El Salvador. No âmbito deste projeto, realizou-se, nos dias 13 e 14 de setembro de 2000, missão de 2 técnicos brasileiros a El Salvador com o objetivo de redefinir as atividades do projeto de cooperação técnica. Na ocasião, foram estabelecidas datas, pessoas e instituições prováveis para cada uma das atividades do projeto. Após essa missão, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Outubro de 2000 - estágio da Dra. Sara Virginia Guzman de Bonilla, no CRT de São Paulo, na área de manejo odontológico de pessoas com HIV/aids;
- 27 de novembro a 1º de dezembro de 2000 - estágio do técnico salvadorenho, Dr. Mário Gamero, na área de manejo pediátrico do HIV/aids, no Instituto Emílio Ribas, em São Paulo;
- 4 a 8 de dezembro de 2000 - estágio das técnicas de El Salvador, Dra. Telma de Pineda e Dra. Sonia de Perez, na FIOCRUZ, no Rio de Janeiro;
- 16 a 20 de abril de 2001 - estágio da Dra. Gladis de Bonilla, Coordenadora do Programa de DST/Aids de El Salvador, nas áreas de gestão de Programas de DST/Aids e abordagem sindrômica das DST;
- Está agendado, para o período de 14 a 18 de maio de 2001, estágio de técnica do Programa Nacional de DST/Aids de El Salvador no Brasil, na área de promoção à saúde;
- Estão previstas ainda a realização de Oficinas Regionais (que contarão com a participação de técnicos de toda a América Central) sobre políticas e metodologia de prevenção e campanhas educativas, bem como de uma oficina para educadores centro-americanos sobre educação sexual e aids para adolescentes. Está ainda prevista a participação de 4 técnicos brasileiros como palestrantes no II Congresso Regional de Prevenção, a se realizar em El Salvador.

O projeto deverá ser concluído em outubro de 2001.

Valor do Projeto: US$ 108,100.00

Áreas envolvidas: Vigilância Epidemiológica, Prevenção, Laboratório e Assistência.

Além das atividades desenvolvidas no âmbito do Projeto de Cooperação Técnica, realizou-se, em El Salvador, nos dias 30 de agosto a 1º de setembro de 2000, seminário sobre HIV/Aids que contou com a participação de técnico da CN-DST/AIDS.

Peru

Encontra-se em vias de conclusão Projeto de Cooperação Técnica, firmado com o governo peruano. O valor do projeto, as áreas envolvidas e as atividades realizadas ou a serem realizadas, encontram-se descritos a seguir:

Valor do Projeto: US$ 26,000.00

Áreas envolvidas: Planejamento e Gestão, Assistência em Aids Pediátrica, Testagem, Aconselhamento e Prevenção

Atividades do projeto:

- 22 a 26 de novembro de 1999 - curso sobre aids pediátrica, em Porto Alegre-RS, do qual participou o Sr. Eduardo Cavero;
- 2 a 4 de dezembro de 1999 - curso em aconselhamento, realizado no Hospital Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, do qual participou o Sr. José Augusto Calienes Nunez del Prado. O Sr. Calienes participou também do Congresso Brasileiro de Prevenção;
- 20 a 24 de novembro de 2000 - curso sobre planejamento estratégico na ESMIG, em Belo Horizonte, que contou com a participação de três técnicos peruanos: Sra. Sergia Lucia Ruiz Escarlente, Sr. Juan Victor Casas Egoavil e Sr. Jorge Orlando Alcantara Chaves.
- Prevê-se a participação de técnico peruano em curso na área de intervenções para mudança comportamental, a se realizar no Brasil .

ATIVIDADES PONTUAIS

Guiana

Houve, em junho de 2000, visita da Senhora Yvonne Hinds, esposa do Primeiro-Ministro da Guiana, à CN-DST/AIDS, com o intuito de conhecer a experiência brasileira em HIV/AIDS.

México

Na semana de 19 a 23 de abril de 2000, a Sra. Griselda Hernández, do CONASIDA/México, e o Sr. Carlos Álvares Lucas, Diretor de Vigilância das Doenças Transmissíveis da Secretaria de Saúde do México, realizaram estágio na CN-DST/AIDS para conhecer os sistemas computadorizados de logística e controle de pacientes, laboratórios e medicamentos, com vistas na implantação de um sistema similar naquele país.

Em agosto de 2000, técnicos brasileiros prestaram assessoria ao Programa Mexicano para elaboração do Projeto de DST/Aids a ser negociado com o Banco Mundial. Também em agosto, a convite do CONASIDA, técnico da Coordenação Nacional participou, na cidade do México, de curso de formação de gestores de programas de DST/Aids. Este curso foi realizado em parceria com o Instituto Nacional de Saúde Pública do México.

Em fevereiro de 2001, foram enviados 50 exemplares da publicação "La Respuesta Brasileña al VIH/SIDA", em espanhol, ao Programa Nacional de DST/AIDS do México

Honduras

Realizou-se em Tegucigalpa, Honduras, no período de 3 a 14 de abril de 2000, consultoria de técnico brasileiro ao Ministério da Saúde de Honduras na estruturação de serviços de DST.

Cooperação técnica com os países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL)

Estão sendo realizadas tratativas com o Programa de DST/Aids dos países integrantes do Mercosul com vistas à elaboração de um projeto de cooperação técnica na área de drogas e aids.

O Brasil tem ainda atuado no sentido de estimular a criação de um Conselho Empresarial no âmbito do Mercosul. Em junho de 2000, realizou-se na cidade do Rio de Janeiro, reunião para organizar este Conselho.

- Projeto Cataratas do Iguaçu - o Projeto, do qual fazem parte o Brasil, a Argentina e o Paraguai, executado no âmbito da UNAIDS, conta com o apoio dos governos nacionais, estaduais e locais, além da GTZ, OPAS e UNDCP. Seus objetivos principais são:

1- Transmissão Vertical: diminuir a transmissão da mãe para o filho;
2- Serviços de Saúde: fortalecer as instituições de serviços de saúde em prevenção e tratamento das DST e aids nos municípios de fronteira tríplice;
3- Informação, Educação e Comunicação: fazer com que as populações consideradas mais vulneráveis adotem medidas preventivas e atuem como agentes de mudança face ˆ`a problemática das DST/HIV/aids.

O projeto ganhou maior impulso com a reunião tripartite de 8 de fevereiro de 2001, quando propôs-se a elaboração de material de IEC e lançamento da campanha de prevenção do HIV/aids na região entre Foz do Iguaçu, Brasil; Puerto Iguazu, Argentina e Ciudad del Este; Paraguai. O lançamento da campanha ocorreu no mês de abril de 2001, após a impressão do material de IEC e das 200 camisetas promocionais. O evento foi realizado, no lado brasileiro, com a participação de 200 crianças, vestindo as camisetas do projeto, e das principais autoridades locais, regionais e nacionais. O material de IEC é composto por folheto bilingüe, ilustrado, com informações básicas sobre a prevenção ao HIV/aids. O projeto se desdobrou ainda à região de Uruguaiana, Brasil e Paso de los Libres, Argentina, estando previsto um terceiro projeto a ser implementado em Ponta Porã, Brasil e Pedro Juan Caballero, Paraguai, com características semelhantes.

COOPERAÇÃO COM O NORTE

Europa

Alemanha

Destaca-se na cooperação com a Alemanha o projeto firmado por intermédio da GTZ - agência de cooperação do governo alemão - para a realização de um Estudo da Prevalência de diferentes DST no Brasil.

Valor do Projeto: cerca de US$ 1,200,000.00

Área: Abordagem Sindrômica das DST

Detalhamento

Este estudo pretende estimar a prevalência das principais DST no País e analisar a freqüência das etiologias que compõem as síndromes de corrimento uretral e cervical e das úlceras genitais em seis unidades federadas, distribuídas pelas cinco macrorregiões do Brasil.

O projeto, elaborado conjuntamente por assessores técnicos da GTZ e da CN-DST/AIDS, prevê a transferência de tecnologia e recursos do governo alemão para o governo brasileiro, que, além da contrapartida em recursos materiais e humanos, será responsável por sua execução.

Como passo inicial da discussão e implantação do projeto, as seis unidades federadas selecionadas para realização do estudo - originalmente foram previstas 5, no entanto, devido a critérios de relevância estratégica e epidemiológica, a CN-DST/Aids decidiu ampliar para 6, arcando com as despesas adicionais - foram visitadas, reuniões foram realizadas nos locais escolhidos para explanação da proposta e iniciou-se o processo de formação das equipes de coordenação local, compostas pelas Coordenações Estaduais, representantes dos serviços de DST, serviços de pré-natal, serviços de saúde das indústrias envolvidas e laboratórios de referência.

Posteriormente, 4 dos 6 Estados foram revisitados para detalhamento da metodologia e elaboração de um cronograma de trabalho. Nestes locais, as coordenações já estão definidas e aguardam apenas o recebimento do material de laboratório (equipamentos e insumos), conclusão do processo de treinamento das equipes e definição de cronograma final por parte da CN para início das atividades.

França

O programa de cooperação Brasil-França tem dois componentes principais: treinamento de brasileiros na França (sete estagiários por ano) e a realização de um seminário anual. O seminário de 2000 ocorreu no período de 6 a 8 de dezembro e teve como tema, "Aids e Redução de Danos".

Está previsto para ocorrer, no período de 28 a 30 de maio do corrente ano, um seminário para avaliar os 10 anos da cooperação entre o Brasil e a França, bem como para elaborar propostas de prosseguimento da cooperação.

A partir deste ano, o Brasil também estará assinando um Termo de Cooperação com a Agence Nacional de Recherche sur le SIDA. Este convênio permitirá ao Brasil desenvolver estudos e pesquisas no campo das ciências básicas, estudos vacinais e pesquisas comportamentais.

Inglaterra

Cooperação Técnica com Universidades e Outras Instituições

Está em curso negociação envolvendo o treinamento de técnicos brasileiros em universidades inglesas, por intermédio do Conselho Britânico. O acordo entre o Governo britânico e o Governo brasileiro deverá ser firmado em breve, e já está em tramitação no Reino Unido.

Estados Unidos

Foi implementado e está em andamento programa de seminários e estágios em cooperação com a Universidade Johns Hopkins. Anualmente, vem-se realizando o seminário organizado conjuntamente pelo Brasil e a Universidade Johns Hopkins, sendo que, em 2000, este seminário ocorreu no período de 11 a 13 de outubro, no Rio de Janeiro.

Além disso, desde 1999, médicos e enfermeiros brasileiros têm participado de estágios na Universidade Johns Hopkins.

A CN vem realizando contatos com a Universidade de Berkeley, na Califórnia, com o intuito de estabelecer um programa de cooperação para treinamento de profissionais brasileiros naquela universidade.

Está prevista uma visita de técnicos dos Centers for Disease Control and Prevention - CDC ao Brasil, em junho de 2001. Essa visita tem por objetivo a discussão de um projeto de cooperação no campo do desenvolvimento de estudos e pesquisas. Neste momento, a CN DST/AIDS está em processo de elaboração de uma proposta que deverá servir de base para as discussões durante a visita ao Brasil.

Ásia

No Japão estão sendo negociadas ações com relação a brasileiros portadores de HIV/aids vivendo no Japão (decasseguis). Em novembro de 1999, dois técnicos brasileiros participaram de seminário no Japão para discutir a questão e iniciar as tratativas. Em recente visita do Ministro da Saúde do Brasil ao Japão, acompanhado pelo Coordenador Nacional de DST e Aids, foram definidos os termos do projeto para atuação junto à comunidade decassegui.

Cooperação com Organismos Internacionais

Está sendo acordado com o Programme Acceleration Fund, da UNAIDS, Projeto de análise comparada, para a América Latina e o Caribe, na área de custos de medicamentos anti-retrovirais. Por outro lado, a UNAIDS está participando da "triangulação" de projetos com os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). Nesse sentido, está para ser firmado projeto apresentado àquele organismo que dará suporte financeiro e técnico aos projetos com cada um daqueles países.

- UNAIDS: A CN desenvolveu, nos anos 2000-2001, três iniciativas em parceria com a UNAIDS: apoio aos projetos firmados com os PALOP; apoio à realização do Fórum 2000; e projeto para a elaboração de um banco de dados sobre preços de medicamentos (Programme Acceleration Fund/PAF).
- USAID: Terá início em setembro de 2001 projeto na área de fronteiras, a ser
- desenvolvido em parceria pela Coordenação Nacional e o Population Council. Na Coordenação estão envolvidas, além da COOPEX, as Unidades de Prevenção, Vigilância Epidemiológica e Assistência. Também estão em andamento treinamentos, realizados em parceria com a USAID/Family Health International (FHI). Tais treinamentos foram realizados junto às coordenações estaduais de DST e aids de quatro estados (Bahia, Ceará, Rio de Janeiro e São Paulo) e quatro municípios brasileiros: Campinas e Santos (São Paulo), Fortaleza (Ceará) e Salvador (Bahia).
- FAO: Está no momento em elaboração Projeto destinado à população rural sobre HIV/DST/aids, envolvendo, além da COOPEX, a Unidade de Prevenção.

Participação em Eventos Internacionais

Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU para o HIV/Aids

A COOPEX tem participado ativamente da preparação da Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas para o HIV/Aids. Inicialmente, articulou com as demais unidades a preparação de um documento contendo diversas propostas, que foi discutido em reunião com outros setores pertinentes do governo e sociedade civil. Em 15 e 16 de fevereiro, organizou-se, com o apoio da UNAIDS, uma reunião ampliada de um grupo de trabalho com os 5 pontos focais do GCTH, além do Brasil, representantes do UNAIDS e da sociedade civil da América Latina e do Caribe.

O Grupo de Trabalho ampliou o documento brasileiro, com a elaboração de um documento regional fortalecido que servirá para balizar as propostas dos 22 países membros do GCTH no âmbito da Sessão Especial, subsidiando a defesa de posições comuns. A primeira reunião preparatória da UNGASS - HIV/aids foi realizada entre 26 de fevereiro em 2 de março, em Nova Iorque, tendo a COOPEX o papel de informar e divulgar as propostas, em apoio à secretaria do GCTH.

No dia 28 de fevereiro, foi realizada reunião de orientação e organização na sede da missão da Argentina junto à ONU, na qual a COOPEX esclareceu o papel e a importância do GCTH para a UNGASS - HIV/Aids aos delegados dos países membros, fortalecendo uma atuação comum. Mais recentemente, no dia 17 de abril, foi realizada nova reunião inter-setorial nacional, que contou com a participação do grupo da reunião anterior e outros setores pertinentes, como as áreas da educação e fazenda, para discutir o documento do grupo de trabalho do GCTH no sentido de legitimar suas propostas no âmbito nacional e debater a Declaração de Compromisso preparada pelo secretariado da Assembléia Geral.

Como próximos passos, proceder-se-á a uma articulação mais aprofundada com o GCTH, direcionada a uma atuação coordenada do bloco para a segunda reunião preparatória, a ser realizada em Nova Iorque, de 21 a 25 de maio de 2001, tendo os países envolvidos referendado internamente o documento do Grupo de Trabalho. Para tanto está previsto um intercâmbio de informações por correio eletrônico e, possivelmente, nova reunião de coordenação.