

**BANCO MUNDIAL DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO DE
OPERAÇÕES**

Tradução não oficial do relatório do Banco Mundial*

**BRASIL
PRIMEIRO E SEGUNDO PROJETOS DE
CONTROLE DE AIDS E DST**

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE PROJETO

***Versão original em inglês: World Bank Operations Evaluation Department (OED) *Brazil First and Second AIDS and STD Control Projects*, Project Performance Assessment Report, Washington DC April 27, 2004.**

Missão do DAO: Aumentar a eficácia do desenvolvimento através de excelência e independência na avaliação

Sobre este Relatório

O Departamento de Avaliação de Operações (DAO, ou *OED* em inglês) avalia os programas e atividades do Banco Mundial com dois propósitos: primeiro, garantir a integridade do processo de auto-avaliação do Banco e certificar-se de que o trabalho da instituição está produzindo os resultados esperados; segundo, ajudar a desenvolver melhores diretrizes, políticas e procedimentos através da disseminação de lições extraídas da experiência. Como parte desse trabalho, o DAO anualmente avalia cerca de 25 por cento das operações de empréstimo do Banco. Na seleção de operações a serem avaliadas, dá-se preferência às inovadoras, grandes ou complexas; às que são relevantes para próximos estudos ou avaliações de países; àquelas para as quais os Diretores Executivos ou a administração do Banco solicitaram avaliações; e às que têm maior probabilidade de gerar lições importantes. Os projetos, tópicos e marcos analíticos selecionados para avaliação servem de base para estudos de avaliação mais amplos.

Um Relatório de Avaliação de Desempenho de Projeto (RAD, equivalente a *PPAR* em inglês) baseia-se numa revisão do Relatório de Término da Implementação (RTI, ou *ICR* em inglês), que é uma auto-avaliação feita pelo departamento responsável do Banco, e também no trabalho de campo realizado pelo DAO. Para preparar os RADs, o staff do DAO examina arquivos de projetos e outros documentos, entrevista o pessoal operacional e, na maior parte dos casos, visita o país tomador para discussões diretas com o pessoal do projeto e com os beneficiários. O RAD busca, desse modo, confirmar e ampliar as informações fornecidas no Relatório de Implementação, bem como examinar questões de interesse especial para estudos mais amplos do DAO.

Cada RAD é submetido a um processo de revisão por pares e à aprovação do DAO. Uma vez autorizado internamente, o RAD é revisado pelo departamento responsável do Banco e modificado conforme seja necessário. O RAD completo é então enviado ao tomador para revisão; os comentários do tomador são anexados ao documento e esse é então enviado à Junta de Diretores Executivos do Banco. Após ser enviado à Junta, o relatório de avaliação é posto à disposição do público.

Sobre o Sistema de Classificação do DAO

Os métodos de avaliação usados pelo DAO vêm sendo utilizados há longo tempo e provaram-se adequados para a ampla gama de trabalhos do Banco Mundial. Os métodos oferecem o rigor e o nível de flexibilidade necessários para que possam ser adaptados aos instrumentos de empréstimo, ao desenho de projetos ou a uma abordagem setorial. Todos os avaliadores do DAO aplicam o mesmo método básico para chegar às classificações dos projetos. A seguir estão listadas as definições e a escala de classificação usadas para cada critério de avaliação (informações adicionais estão disponíveis na página do DAO: <http://worldbank.org/oed/eta-mainpage.html>).

Relevância de objetivos: O quanto os objetivos do projeto são consistentes com as atuais prioridades de desenvolvimento do país e com as atuais estratégias de assistência do Banco a países e setores, bem como com as metas institucionais (expressas em documentos de Estratégia de Redução da Pobreza, Estratégias de Assistência a Países, Estratégia Setorial e Políticas Operacionais). *Classificações possíveis:* Alta, Substancial, Modesta, Negligenciável.

Eficácia: O quanto os objetivos do projeto são alcançados, ou se espera que sejam, levando em conta sua importância relativa. *Classificações possíveis:* Alta, Substancial, Modesta, Negligenciável.

Eficiência: O quanto o projeto alcançou, ou se espera que alcance, um retorno mais elevado que o custo de oportunidade do capital e obteve benefícios com custos mais baixos que os das alternativas. *Classificações possíveis:* Alta, Substancial, Modesta, Negligenciável. Em geral, essa classificação não é aplicada a operações de ajuste.

Sustentabilidade: A capacidade dos fluxos líquidos de benefícios de enfrentar riscos e se recompor ao longo do tempo. *Classificações possíveis:* Altamente provável, Provável, Improvável, Altamente improvável, Não avaliável.

Impacto sobre o desenvolvimento institucional: O quanto um projeto aumenta a habilidade de um país ou região para fazer uso mais eficiente, equitativo e sustentável de seus recursos humanos, financeiros e naturais através de: (a) arranjos institucionais que sejam bem definidos, estáveis, transparentes, predizíveis e implementáveis e/ou (b) melhor alinhamento da Missão e capacidade de uma organização com seu mandato, que deve derivar daqueles arranjos institucionais. Impacto sobre o desenvolvimento institucional inclui tanto os efeitos buscados de um projeto quanto os não intencionais. *Classificações possíveis:* Elevada, Substancial, Modesta, Negligenciável.

Resultados: O quanto os principais objetivos relevantes do projeto foram alcançados, ou se espera que sejam, de forma eficiente. *Classificações possíveis:* Altamente satisfatórios, Satisfatórios, Moderadamente satisfatórios, Moderadamente insatisfatórios, Insatisfatórios, Altamente insatisfatórios.

Desempenho do Banco: O quanto os serviços prestados pelo Banco garantiram qualidade desde o início e apoiaram a implementação através de supervisão apropriada (incluindo a garantia de adequados arranjos de transição para a operação regular do projeto). *Classificações possíveis:* Altamente satisfatório, Satisfatório, Insatisfatório, Altamente insatisfatório.

Desempenho do tomador: O quanto o tomador assumiu como sua a responsabilidade de garantir a qualidade da preparação e implementação, e cumpriu convênios e acordos visando alcançar os objetivos de desenvolvimento e sustentabilidade. *Classificações possíveis:* Altamente satisfatório, Satisfatório, Insatisfatório, Altamente insatisfatório.

**BANCO MUNDIAL DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO DE
OPERAÇÕES**

Tradução não oficial do relatório do Banco Mundial*

BRASIL

**PRIMEIRO E SEGUNDO PROJETOS DE
CONTROLE DE AIDS E DST**

Relatório de Avaliação de Desempenho de Projeto

(Empréstimos 3659-BR E 4392-BR)

27 de Abril de 2004

*Grupo de Avaliação Setorial e Temática
Departamento de Avaliação de Operações*

2004
Banco Mundial
Washington, D.C.

***Versão original em inglês: World Bank Operations Evaluation Department (OED) *Brazil First and Second AIDS and STD Control Projects*, Project Performance Assessment Report, Washington DC April 27, 2004.**

DEPARTAMENTO DA AVALIAÇÃO DE OPERAÇÕES

AUMENTANDO A EFICÁCIA DO DESENVOLVIMENTO POR MEIO DA EXCELÊNCIA E DA INDEPENDÊNCIA DA AVALIAÇÃO

O Departamento de Avaliação de Operações (OED) é uma unidade independente do Banco Mundial; responde diretamente à Diretoria do Banco Mundial. O OED avalia o que funciona e o que não funciona, como um mutuário pretende executar e manter um projeto; e a duração da contribuição do Banco Mundial para o desenvolvimento geral de um país. As metas de avaliação são aprender com a experiência, fornecer uma base objetiva para a avaliação dos resultados do trabalho do Banco Mundial e proporcionar responsabilidade para o alcance de seus objetivos. Ele também melhora o trabalho do Banco Mundial por meio da identificação e divulgação das lições aprendidas e por meio da formulação de recomendações retiradas das conclusões da avaliação.

Este Relatório de Avaliação de Desempenho de Projeto foi inicialmente divulgado para a Diretoria Executivas na forma do Relatório 28819.

Contato:
Departamento de Avaliação de Operações
Programas de Parceria & Conhecimento
(OEDPK) Vjackson4@worldbank.org Telefone: 202- 473-
0981
Facsímile: 202- 614-0440
<http://www.worldbank.org/oed>

Sumário

Pouco tempo depois de os primeiros casos de AIDS serem diagnosticados no Brasil, em 1982, tanto a sociedade civil quanto os governos estaduais e federal iniciaram ações para conter o crescimento da epidemia de HIV. Quando foi solicitado o apoio do Banco Mundial para a luta contra o HIV/AIDS, em 1992, o Brasil já tinha um bem estabelecido Programa Nacional de AIDS e uma Comissão Nacional de AIDS, e quase uma década de experiência no desenho e implementação de atividades inovadoras de prevenção e promoção de direitos humanos realizadas por uma grande variedade de atores governamentais e não-governamentais. Da mesma forma, àquela época o Brasil já tinha iniciado a provisão de tratamento e assistência. Em resposta à solicitação do Brasil, o Banco Mundial, através de dois projetos, forneceu assistência técnica e financeira, ao longo da última década, para apoiar: (a) prevenção; (b) diagnóstico, tratamento e cuidados; (c) vigilância, pesquisa, monitoramento e avaliação; e (d) desenvolvimento institucional.

Os objetivos gerais do AIDS I (empréstimo do BIRD equivalente a US\$160 milhões) e do AIDS II (empréstimo do BIRD equivalente a US\$165 milhões), aprovados em 1993 e 1998, respectivamente, eram reduzir a incidência e transmissão da infecção de HIV e DST e fortalecer a capacidade do programa nas áreas de prevenção, tratamento e gestão. Esses empréstimos completaram seu processo de desembolso (100% e 98%, respectivamente) e um terceiro empréstimo equivalente a US\$100 milhões foi aprovado em junho de 2003.

Embora o Brasil tenha introduzido muitas intervenções inovadoras e com relações custo-efetividade teoricamente mais favoráveis, faltam evidências quanto ao balanço real de custo-efetividade e ao impacto dos esforços feitos. Na ausência de sistemas adequados de vigilância relacionados com o HIV e com padrões de comportamento, bem como de programas de monitoramento e avaliação, é difícil confirmar o que foi efetivamente alcançado pelo programa brasileiro de HIV/AIDS e definir a contribuição do Banco Mundial para a questão. Dados e informações disponíveis, combinados com opiniões e perspectivas selecionadas entre a miríade de atores e os inúmeros projetos financiados pelo BIRD, certamente apontam resultados bem sucedidos do apoio do Banco, assim como algumas deficiências.

Os empréstimos apoiaram a melhoria e expansão de atividades de *prevenção* de última geração, mantendo um foco sobre grupos de alto risco (homens que fazem sexo com homens [HSH], usuários de drogas injetáveis [UDIs] e profissionais do sexo), expandindo esforços para incluir populações de risco (especialmente mulheres parceiras sexuais de UDIs e homens bissexuais, e pessoas com múltiplos parceiros) e tentando manter baixas as taxas de prevalência entre mulheres, jovens, populações rurais e pobres. Contínuas e inovadoras intervenções voltadas para a prevenção foram estendidas a todas as regiões do Brasil e podem ter contribuído para a diminuição do ritmo ou para a contenção da epidemia, refletindo-se em uma baixa prevalência de 0,65% entre adultos de 15 a 49 anos em 2000 e fazendo com que a epidemia esteja cada vez mais concentrada nas populações de alto risco.

Dados limitados indicam que, durante a vida desses projetos, cresceu a consciência da doença e de como impedir sua transmissão, e que comportamentos mais saudáveis estão sendo adotados pela população em geral, especialmente as mais jovens, e por grupos de alto risco. Os esforços de prevenção financiados pelo Banco provavelmente evitaram o crescimento da infecção e da doença e fizeram com que o universo de pacientes com HIV/AIDS sob tratamento e assistência seja hoje menor do que seria o caso se não tivesse havido a prevenção. Além disso, também possibilitaram a oferta de tratamentos e cuidados (descritos abaixo) mais acessíveis e mais factíveis.

Os projetos AIDS I e II contribuíram para a melhoria da qualidade dos serviços de *diagnóstico, tratamento e assistência* para pessoas com HIV, AIDS e DSTs, e sua expansão a todos os 27 Estados, através de: (a) criação e apoio a uma rede de 237 centros de aconselhamento e testes diagnósticos; (b) desenvolvimento de extensa rede de serviços especializados de saúde para pacientes com HIV/AIDS, com muito da assistência passando de hospitalização dispendiosa para serviços alternativos de internação e de ambulatório mais baratos; (c) fortalecimento do sistema de laboratórios do país para monitoramento crítico e acompanhamento de pacientes; (d) desenvolvimento de *software* para gerenciar e controlar a distribuição e o uso de medicamentos anti-retrovirais (ARVs); e (e) treinamento de dezenas de milhares de provedores de cuidados de saúde e outros quadros técnicos. Embora o AIDS II não financiasse os custos de medicamentos ARVs, tanto AIDS I quanto AIDS II apoiaram investimentos críticos em capacitação para tratamento e assistência. Sem isso, os ARVs não poderiam ter sido efetivamente disponibilizados aos pacientes.

Em 2003, foram informados cerca de 140.000 casos de pacientes com AIDS sob tratamento ativo no programa do Brasil, e outros 196.000 pacientes com AIDS clinicamente definida, assintomáticos, estão sendo monitorados, mas ainda não se encontram em tratamento. As evidências sugerem que morbidade, mortalidade, taxas de infecções oportunistas e hospitalizações relacionadas com a AIDS decresceram substancialmente desde 1997, o ano que se seguiu à decisão do Brasil de incluir em sua política de acesso universal aos cuidados de saúde a terapia anti-retroviral potente (conhecida pela sigla em inglês *HAART*). A baixa resistência a medicamentos no Brasil (estimada em 6%) é um indicador da qualidade do programa de tratamento. No entanto, uma preocupação contínua decorre do fato de que a maior parte dos estimados 600.000 brasileiros vivendo com HIV em 2000 não sabe que está infectada com o vírus. A utilização de serviços de aconselhamento e teste é ainda modesta e, além disso, supõe-se que a maior parte daqueles com HIV confirmado deverá buscar tratamento e cuidados que são prestados de graça.

Desenvolvimento institucional. Tanto através de seu desenho inovador e de condicionalidades bem concebidas, os projetos AIDS I e II contribuíram significativamente para o desenvolvimento de capacidades nos níveis estadual e municipal. Os projetos alimentaram e apoiaram o fortalecimento e a criação de Unidades de Coordenação de DST/AIDS em todos os 27 Estados e em 150 municípios e iniciaram um processo de transferências financeiras para Estados e municípios. As transferências são feitas a partir de metas e objetivos contidos em planos de ação anuais preparados no nível local, negociados com o Governo Federal e co-assinado por ele. Esse processo está agora sendo consolidado e institucionalizado.

A assistência do Banco também estimulou e alimentou parcerias público-privadas ao tornar disponível o financiamento para contratos com ONGs e o setor privado para que executassem componentes críticos do esforço de prevenção e cuidados, expandindo consideravelmente a capacidade e a cobertura do Programa, especialmente para alcançar grupos marginalizados e de difícil acesso. Esse esforço integrado está sendo crescentemente descentralizado para Estados e municípios.

Deficiências dos Projetos AIDS I e II. Os projetos não tiveram sucesso em criar sistemas de vigilância adequados para HIV e DSTs e em fortalecer a avaliação do programa. Não há nenhum monitoramento sistemático das taxas de infecção e dos comportamentos dos grupos de alto risco, ou de comportamentos sexuais de alto risco na população em geral. As DSTs ainda são consideravelmente pouco notificadas, pois as notificações estão limitadas a clientes dos serviços públicos de DSTs. Ambos os projetos apoiaram pesquisas *ad hoc* sobre infecção por HIV e comportamento de diferentes populações em diferentes regiões geográficas. No entanto, a falta de um marco de referência metodológico para o desenho e a condução desses estudos tem

impossibilitado o acompanhamento sistemático de tendências ao longo do tempo. Na data de encerramento do AIDS II, o programa ainda não dispunha de um sistema viável para monitorar e avaliar o desempenho e o impacto de programas, a despeito da forte ênfase dada a monitoramento e avaliação (M&A) no desenho de cada projeto; atualmente, estão sendo dados passos importantes destinados a fortalecer e descentralizar a capacidade de M&A. Os projetos também não tiveram sucesso em avaliar a relação custo-efetividade das intervenções do programa.

De maneira geral, os projetos AIDS I e AIDS II tiveram resultados satisfatórios. O impacto de cada projeto sobre o desenvolvimento institucional é classificado como substancial, e a sustentabilidade de cada projeto parece bastante provável. Os desempenhos do Banco e do tomador foram satisfatórios.

Lições e Desafios

- A ausência de dados e tendências sobre as taxas de contaminação com HIV/AIDS, e sobre o comportamento das populações de alto risco e da população em geral, atribuíveis a inadequações na vigilância desses grupos, tornam difícil monitorar ou modelar a evolução da epidemia e de comportamentos ao longo do tempo para, assim, poder avaliar e aumentar a efetividade ou o impacto das intervenções do programa.
- É provável que esforços de prevenção precoces, rigorosos e sustentados consigam manter restrito o universo de pacientes com HIV e AIDS, relativamente ao contrafactual, reduzindo, desse modo, a carga sobre o sistema de saúde do país e tornando o tratamento e a assistência mais factíveis e viáveis. O Banco apoiou o Brasil nesse sentido, mas o aspecto mais crítico foi a pronta resposta do país no terreno da prevenção, num momento bastante anterior à intervenção do Banco.
- Mesmo nos casos em que financiou uma parcela relativamente modesta dos custos totais de um bem estabelecido programa, o apoio do Banco aos esforços no campo do HIV/AIDS pode trazer significativas contribuições para a expansão do programa e para a criação e o fortalecimento de capacidades quando os recursos são estrategicamente alocados.
- Um programa de pesquisa ad hoc e descoordenado em sua concepção tem a probabilidade de gerar um grande volume de informações e dados que serão difíceis de interpretar para medir e aperfeiçoar o desempenho e o impacto do programa. A agenda de pesquisas com financiamento público deve ter uma orientação estratégica, tanto na escolha e priorização dos tópicos quanto na padronização de metodologia que possibilite a análise integrada de dados de diferentes estudos e de tendências ao longo do tempo.
- O desenho do projeto e a definição de condicionalidades podem ser estratégicos e centrais para iniciar e apoiar inovações institucionais que sejam capazes de expandir e usar mais intensamente tanto a capacidade de implementação do programa quanto a de ONGs, de níveis descentralizados do programa e de outros setores de desenvolvimento.

Gregory K. Ingram
Diretor-Geral
Avaliação de Operações

Índice

Sumário	i
Equivalência de moedas	vi
Principais Classificações	vii
Prefácio.....	ix
1. Antecedentes e Contexto.....	1
2. Objetivos e Desenho.....	4
3. Implementação e Custos.....	6
4. Produtos e Resultados por Objetivo.....	9
5. Classificações.....	23
6. Achados e Lições	27
7. Futuras Direções	30
Bibliografia.....	35
Anexo A. Dados Básicos.....	37
Anexo B. Pessoas e Organizações Consultadas.....	41
Anexo C. A Epidemia de HIV/AIDS no Brasil	47
Anexo D. AIDS I e II: Apresentação dos Componentes do Projeto.....	53
Anexo E. Custos do Projeto e Financiamento.....	55
Anexo F. Dados Selecionados sobre Desempenho do Projeto.....	59
Anexo G. Comentários do Governo	65
Tabela 1: Projetos de ONGs Apoiados por AIDS I e II	8
Tabela 2: Resumo das Classificações dos Produtos, por Objetivos, feitas pelo DAO: AIDS I	9
Tabela 3: Resumo das Classificações de Resultados por Objetivo, feita pelo DAO: AIDS II....	13
Tabela 4: Estimativas da Prevalência de HIV para Adultos entre 15-49 anos no Brasil em 2000	14
Caixa 1: Questões e Desafios do Desenvolvimento do Sistema de Saúde no Brasil.....	2
Gráfico 1: Vendas Anuais e Preços Unitários de Preservativos Masculinos no Brasil: 1992-2003	17

<p>Este relatório foi preparado por Denise Vaillancourt (Gerente de Equipe) que avaliou o projeto em abril/maio de 2003. O relatório foi editado por William Hurlbut, e Pilar Barquero deu apoio administrativo.</p>

Equivalência de moedas

(em julho de 1993)

Moeda = Cruzeiro (Cr\$)
 US\$1.00 = Cr\$48,107
 Cr\$1,00 = US\$0.02

(em 14 de março de 2003)

Moeda = Real
 US\$1.00 = R\$3,48
 R\$1,00=US\$0.287

Abreviaturas e Siglas

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ART	Terapia Anti-retroviral (sigla em inglês)
ARV	(Medicamentos) Anti-retrovirais
CTAs	Centros de Testagem Anônima e Aconselhamento
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças (Estados Unidos)
CN-DST/AIDS	Coordenação Nacional de DST e AIDS
DAO	Departamento de Avaliação de Operações (<i>OED</i> em inglês)
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAP	Estratégia de Assistência a Países (<i>CAS</i> em inglês)
HAART	Terapia Anti-retroviral Potente (sigla em inglês)
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
M&A	Monitoramento e avaliação
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-governamental
PNC-DST/AIDS	Programa Nacional de Controle da AIDS e das DST
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POA	Plano de Operação Anual
RAD	Relatório de Avaliação de Desempenho de Projeto (<i>PPAR</i> em inglês)
SIAIDS	Sistema de Informações Gerenciais do Projeto AIDS II
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
UDI	Usuários de drogas injetáveis
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

Ano fiscal: 1º de janeiro - 31 de dezembro

Diretor-Geral, Avaliação de Operações	:	Mr. Gregory K. Ingram
Diretor, Departamento de Avaliação de Operações	:	Mr. Ajay Chhibber
Gerente, Grupo de Avaliação Setorial e Temática	:	Mr. Alain Barbu
Gerente de Equipe:	:	Ms. Denise Vaillancourt

Principais Classificações

	AIDS I	AIDS I	AIDS I	AIDS II**
	Relatório de Término da Implem. (RTI)	Revisão do RTI	RAD	RAD
Resultado	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório
Impacto sobre o desenvolvimento institucional	Substancial	Substancial	Substancial	Substancial
Sustentabilidade	Provável	Provável	Provável	Provável
Desempenho do Banco	Altamente satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório
Desempenho do tomador	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório

* O Relatório de Término da Implementação (RTI) é uma auto-avaliação feita pela divisão responsável do Banco. A Revisão do RTI é um produto intermediário do Departamento de Avaliação de Operações (DAO) que busca uma verificação independente dos resultados do RTI.

** À época da preparação deste relatório, o RTI do Projeto AIDS II não estava disponível.

Staff Principal Responsável

Primeiro Projeto de Controle de AIDS e de DST (AIDS I)

	<i>Gerente de Equipe</i>	<i>Chefe de Divisão / Diretor de Setor</i>	<i>Diretor de País</i>
Avaliação inicial	Maureen Lewis	Alain Colliou	Rainer B. Steckhan
Encerramento	Anabela Abreu	Xavier Coll	Gobind T. Nankani

Segundo Projeto de Controle de AIDS e de DST (AIDS II)

	<i>Gerente de Equipe</i>	<i>Chefe de Divisão / Diretor de Setor</i>	<i>Diretor de País</i>
Avaliação inicial	Polly Jones	Xavier Coll	Gobind Nankani
Encerramento	Sandra Rosenhouse	Evangeline Javier	Vinod Thomas

Prefácio

Este é o Relatório de Avaliação de Desempenho (RAD) do Primeiro e Segundo Projetos de Controle de AIDS e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) no Brasil. O projeto AIDS I foi financiado através de um empréstimo de US\$160 milhões do Banco Mundial (empréstimo N° 3659) e contou com uma contribuição governamental equivalente a US\$90 milhões. Não houve co-financiamento de doadores, e o custo total equivaleu a US\$250 milhões. O empréstimo foi aprovado em 9 de novembro de 1993, declarado efetivo em 1° de junho de 1994 e concluído em 30 de junho de 1998, conforme inicialmente apazado. O projeto AIDS II foi financiado através do empréstimo N° 4392 do BIRD, no valor de \$165 milhões, com contrapartida governamental equivalente a US\$ 135 milhões e custo total equivalente a US\$300 milhões. Esse segundo empréstimo foi aprovado em 15 de setembro de 1998, declarado efetivo em 9 de fevereiro de 1999 e encerrado em 30 de junho de 2003, seis meses após a data de encerramento prevista. As taxas de desembolso dos empréstimos foram de 100% e 98%, respectivamente.

As conclusões desta avaliação estão baseadas em uma missão do Departamento de Avaliação de Operações (DAO) ao Brasil realizada em abril/maio de 2003. A Missão reuniu-se em Brasília com autoridades e funcionários do Programa Nacional de Controle das DST e da AIDS (PNC-DST/AIDS, ou PNC) e com pessoas-chave do Distrito Federal envolvidas no Programa. Também visitou cinco outros Estados (Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo), entrevistando ampla gama de atores (abrangendo o setor público e a sociedade civil, bem como beneficiários) e visitando entidades e instalações selecionadas, instituições acadêmicas e de pesquisa e projetos de base comunitária. As mais importantes fontes documentais consultadas incluem documentos de avaliação dos projetos AIDS I e II e um relatório de término de implementação do AIDS I. (O relatório de término de implementação do AIDS II ainda não estava disponível na data em que foi escrita esta revisão.)

Foram consultados relatórios de supervisão e avaliação, correspondência de rotina e outros relatórios técnicos existentes nos arquivos do projeto. Esta avaliação também se baseou em documentação produzida no Brasil (tanto do setor governamental, quanto não-governamental) e em pesquisas existentes, brasileiras e internacionais, sobre DSTs e HIV/AIDS no Brasil.

Este Relatório de Avaliação de Desempenho é um dos seis relatórios realizados sobre a primeira geração de projetos de HIV/AIDS do Banco, como parte de uma avaliação a cargo do DAO do impacto sobre o desenvolvimento decorrente da assistência do Banco Mundial ao combate à epidemia de AIDS. Foi preparado junto com um estudo de caso mais extenso sobre o apoio do Banco Mundial ao Brasil na luta contra o HIV/AIDS nos últimos 10-15 anos, que incluiu recomendações de políticas e apoio financeiro para os esforços do Brasil relacionados ao HIV/AIDS.

A Missão do DAO agradece reconhecidamente a todos os que disponibilizaram seu tempo para as entrevistas e forneceram documentos e informações, incluindo gerentes e pessoal do Ministério da Saúde / PNC-DST/AIDS e inúmeros atores e interessados dos programas estaduais e municipais de controle das DSTs e da AIDS no Distrito Federal e nos Estados de Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e São Paulo. A Missão é igualmente grata aos membros da comunidade acadêmica e de pesquisa do Brasil, aos representantes de organizações não-governamentais e da sociedade civil, ao pessoal de

instituições parceiras e do Banco Mundial. Este relatório faz extenso uso dos relatórios técnicos e de insumos fornecidos pelos membros da Missão, Varun Gauri, economista do Grupo de Pesquisa sobre Desenvolvimento, Banco Mundial, e Chris Beyrer, consultor epidemiologista. A equipe é grata a Francisco Inácio Bastos, Coordenador Substituto do Programa de AIDS da FIOCRUZ, no Rio de Janeiro, pela extensa pesquisa da literatura e por outros insumos técnicos fornecidos a esta avaliação.

Segundo procedimentos padrão do DAO, cópias da versão preliminar do RAD foram enviadas aos funcionários e agências governamentais apropriados para revisão e comentários. As diversas observações feitas foram incorporadas a este Relatório de Avaliação. A íntegra dos comentários do Governo está no Anexo G.

1. Antecedentes e Contexto¹

1.1 Pouco tempo depois de os primeiros casos de AIDS serem diagnosticados no Brasil, em 1982, tanto a sociedade civil quanto o Governo Federal e os estaduais iniciaram ações para conter o crescimento da epidemia de HIV. Quando foi solicitado o apoio do Banco Mundial para a luta contra o HIV/AIDS, em 1992, o Brasil já contava com um bem estabelecido Programa Nacional de AIDS e uma Comissão Nacional de AIDS, e quase uma década de experiência no desenho e implementação de atividades inovadoras de prevenção e de promoção de direitos humanos sendo realizadas por uma grande variedade de atores governamentais e não-governamentais. Àquela época, o Brasil também já tinha iniciado a provisão de tratamento e assistência. Em resposta à solicitação do Brasil, o Banco Mundial, através de dois projetos, forneceu assistência técnica e financeira ao longo da última década para apoiar: (a) prevenção; (b) diagnóstico, tratamento e assistência; (c) vigilância, pesquisa, monitoramento e avaliação; e (d) desenvolvimento institucional. O financiamento concedido ao AIDS I correspondeu a cerca de um terço do total de gastos públicos com HIV/AIDS/DSTs no Brasil durante o período do projeto, sem incluir os gastos com medicamentos; e o financiamento concedido através do AIDS II montou a cerca de 10% do gasto total com HIV/AIDS durante a vida do projeto, exceto medicamentos (Ministério da Saúde, agosto de 2002).²

1.2 **Contexto Econômico e Político.** Depois de um período de estagnação econômica e inflação alta durante os anos 80 e início dos anos 90, e do impeachment do presidente Collor em 1992, o presidente F.H. Cardoso, durante seus dois mandatos (1995-98 e 1999-2002), produziu consideráveis melhorias na economia e ganhos marcantes nos indicadores sociais, conforme dados até 2000.³ Embora significativos, esses ganhos mascararam consideráveis desigualdades entre regiões e entre quintis de renda⁴ (Gwatkin et al., 2000). O novo presidente eleito, Luiz Inácio Lula da Silva, está comprometido com a disciplina fiscal e as metas acordadas com o Fundo Monetário Internacional em setembro de 2002, e pretende a: (a) consolidar os ganhos de estabilização tão duramente obtidos; (b) reduzir a pobreza e as desigualdades agudas; e (c) melhorar os indicadores sociais.

1.3 Desde o início dos anos 90, as **Estratégias de Assistência a Países do Banco Mundial** (EAP, equivalente a *CAS* em inglês) têm sido explicitamente orientadas para o objetivo central de alívio da pobreza. A importância decrescente dos desembolsos do Banco como percentagem do fluxo de financiamentos externos para o Brasil (de 16,5 nos anos 80 para 6,4 na década de 90) fez com que as Estratégias se tornassem mais seletivas e centradas nas raízes da pobreza e nas regiões mais pobres do Brasil (no Nordeste). Nesse contexto, saúde e educação receberam alta prioridade, junto com a provisão de outros serviços básicos e de bens para os pobres. **A Caixa 1**

1. Exceto quando notado, esta seção está baseada em informações contidas na Avaliação da Assistência ao Brasil preparada pelo DAO (CAE de 2003).

2. Os dados sobre gastos públicos com HIV/AIDS não estão desagregados por componente de programa, tornando impossível avaliar a participação do financiamento do Banco por componente.

3. As taxas de mortalidade de menores de 5 anos caíram de 58/1.000 em 1990 para 39 em 2000, e as taxas de mortalidade infantil de 47,8 para 31,7 por 1.000 nascidos vivos no mesmo período. Essas mudanças são devidas, em grande parte, às notáveis taxas de vacinação (99% em 1999). A mortalidade materna no final dos anos 90 no Brasil é estimada em 160 por 100.000 nascidos vivos, tendo decrescido de uma mortalidade de 260 em 1995.

4. Por exemplo, estimativas de Pesquisas Demográficas e de Saúde para o período 1986-96 indicam que as taxas de mortalidade infantil para o quintil de renda mais baixo (83,2) são quase o triplo das estimadas para o quintil de renda mais alta (28,6).

resume as prioridades e desafios da saúde no Brasil e a orientação do Banco ao conceder seu apoio.

Caixa 1. Questões e Desafios do Desenvolvimento do Sistema de Saúde no Brasil

A nova Constituição de 1988 declarou a saúde um direito universal e uma obrigação do Estado. Criou também o marco de referência para a gradual descentralização dos serviços de saúde. Em 1990, foi criado o Sistema Unificado de Saúde Pública (SUS). Sob esse novo arranjo, o sistema de saúde da previdência social foi aberto a todos os cidadãos, e a provisão de serviços está consolidada em um sistema único e descentralizado, do Governo Federal para os Estados e desses para os municípios. Esse sistema também estabelece que as responsabilidades pelas questões de saúde pública devem ser repartidas entre todos os níveis de governo, incluindo controle e prevenção de doenças. A reforma e o aprimoramento desse sistema estão em andamento. A avaliação feita pelo DAO da Estratégia de Assistência ao Brasil (2003) assinala a necessidade de melhoria em diversas áreas: descentralização e regionalização dos cuidados de saúde; eficiência na alocação, contenção de custos e sustentabilidade financeira; redução de desigualdades no status de saúde e no acesso aos serviços, e o alcance das populações pobres, marginalizadas; contínua expansão dos cuidados básicos de saúde através do Programa de Saúde da Família; desenvolvimento e gerenciamento de recursos humanos; e regulamentação do setor privado de saúde. A assistência técnica e financeira do Banco para o setor de saúde do Brasil busca apoiar a consolidação do SUS, especialmente visando garantir maior custo-efetividade, acessibilidade e sustentabilidade.

1.4 ***Epidemia de HIV/AIDS no Brasil.***^{5 6 7} O que se segue é um breve sumário. Uma descrição mais detalhada e alguns dados sobre a epidemia de HIV/AIDS são apresentados no **Anexo C**. Com os primeiros casos de AIDS tendo sido diagnosticados em 1982, a epidemia de HIV/AIDS no Brasil está entrando agora em sua terceira década. O HIV/AIDS no país caracterizou-se, na primeira metade dos anos 80, pela precoce (1980-85) e rápida disseminação do HIV-1 entre homo e bissexuais masculinos urbanos e, logo seguida, por substancial disseminação entre usuários de drogas injetáveis urbanos. A segunda década de HIV/AIDS, aproximadamente 1992-2002, foi marcada por crescente disseminação do HIV entre heterossexuais de alto risco, incluindo profissionais do sexo, clientes de clínicas especializadas em DST, e esposas e parceiros sexuais de homens UDIs e bissexuais. Nos Boletins Epidemiológicos de AIDS, a razão homem:mulher caiu de 25:1 (25 homens para cada mulher) nos primeiros anos da epidemia para 1,7:1 em 2003.

1.5 A mortalidade devida à AIDS alcançou um pico de 12/100.000 em 1995, antes do advento da terapia anti-retroviral potente (HAART), e vem declinando desde então, tendo chegado a 6,3/100.000 em 2000. Em 2000, havia uma população estimada de 600.000 brasileiros vivendo com infecção por HIV, comparados com os 750.000 estimados pela OPAS em 1992⁸. Em março de 2002, 237.588 casos de AIDS e 110.651 mortes devidas à doença tinham sido notificados desde o começo da epidemia. Com base em dados de vigilância de HIV sobre mulheres grávidas, foi estimado que a prevalência do HIV na população geral, no grupo de adultos em idade reprodutiva, é de 0,65% (Szwarcwald, 2002), bem abaixo da taxa de 2% de adultos em idade reprodutiva sugerida pela UNAIDS para descrever epidemias generalizadas.

5. Exceto quando indicado, os dados citados nesta seção estão baseados nas estatísticas do Ministério da Saúde/PNC.

6. Devido ao fato de que as notificações de casos no Brasil têm sido obrigatórias desde 1986 e de que a vigilância rotineira de HIV é recente e ainda está sendo fortalecida, os dados sobre AIDS são muito mais abundantes e confiáveis. No entanto, mesmo os dados sobre AIDS têm que ser interpretados com cautela. Os atuais casos de AIDS refletem comportamentos de risco e infecções ocorridos há cerca de 10 anos.

7. Definições de termos epidemiológicos usados nesta seção: incidência de HIV é a taxa com que novas infecções por HIV são adquiridas em um dado período de tempo em uma população. Incidência de AIDS é a taxa de novos diagnósticos de AIDS em um dado período de tempo em uma população. A prevalência de HIV é a proporção de pessoas com infecção por HIV em dada população em um determinado momento no tempo. A prevalência de AIDS é a proporção de pessoas com a síndrome clínica da AIDS em uma população em um dado tempo.

8. Como parte da preparação do AIDS III, o Banco estimou que cerca de 800 mil brasileiros estariam infectados em 2002. Atualmente, o Governo está preparando uma estimativa para 2003.

1.6 Assim, a epidemia de HIV no Brasil permanece concentrada, ainda basicamente limitada a indivíduos e grupos engajados em comportamentos que envolvem alto risco de contrair o HIV, incluindo homens que fazem sexo com homens, UDIs, profissionais do sexo, heterossexuais com múltiplos parceiros e mulheres parceiras de UDIs e de homens bissexuais. Nos anos recentes, e em várias amostras, estudos sobre a prevalência de HIV entre os grupos de mais alto risco revelam níveis de prevalência de 36,3 por cento entre UDIs, 10,8 por cento entre HSH e 6,5% entre profissionais do sexo (ver Anexo C, Tabela 2), a maior parte sendo de abrangência local/regional⁹. Dados sobre tendências da prevalência do HIV ao longo do tempo não estão disponíveis para HSH e profissionais do sexo. A análise de tendências entre UDIs indica um declínio da prevalência de HIV em áreas urbanas selecionadas.¹⁰

1.7 A maior parte dos casos notificados de AIDS foi secundária à transmissão heterossexual, ainda limitada a grupos de alto risco (parceiros de UDIs e homens bissexuais, profissionais do sexo e pessoas com múltiplos parceiros). A transmissão através do uso de drogas injetáveis cresceu de estimados 18,5% do total de casos notificados de AIDS nos anos 80 para um pico de 24,8% em 1992, declinando nos anos seguintes até chegar a 11,4% em 2000. A transmissão da AIDS por transfusão decresceu de 5,3% do total de casos notificados nos anos 80 para 0,2% em 2000, enquanto a transmissão perinatal cresceu de 1,8%, nos anos 80, para 2,5% em 2000.

1.8 A incidência de AIDS no Brasil, mensurada pelo ano de diagnóstico, cresceu de 8,2/100.000, em 1991, para um pico de 18,2/100.000 em 1998, decrescendo para 12,0 em 2002, mas os padrões variam entre regiões. Cabe insistir que as tendências nos casos de AIDS refletem níveis e padrões de transmissão ocorridos por volta de 10 anos antes da notificação.

1.9 **A Resposta do Brasil.** A resposta do Brasil à epidemia tem-se baseado em uma estratégia de três frentes: prevenção precoce e continuada, promoção e proteção de direitos humanos, e acesso universal a tratamento e assistência. No início dos anos 80, tanto a sociedade civil quanto o Governo iniciaram ações para conter o crescimento da epidemia de HIV. O primeiro programa estadual de AIDS foi criado em São Paulo, em 1983, e dois anos depois o número de programas públicos já havia se expandido para 11 dos 27 Estados brasileiros. Em 1986, foi criado um programa de AIDS no âmbito da Divisão de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, tornando-se obrigatória a notificação dos casos de AIDS em todo o país. A Comissão Nacional de AIDS foi criada em 1988, sob a liderança do Ministério da Saúde, e incluía representantes dos Ministérios do Trabalho, Justiça e Educação, da Ordem dos Advogados do Brasil, do Conselho Federal de Medicina e outras organizações da sociedade civil. Naquele ano, o teste sorológico passou a ser exigido de todos os bancos de sangue e o Congresso aprovou uma lei estendendo a pessoas vivendo com AIDS os direitos garantidos a trabalhadores com doenças terminais ou incapacitantes. Em 1989, foi criada, no Ministério da Saúde, a Divisão Nacional de AIDS, responsável pelo Programa Nacional de Controle de AIDS/DST (PNC-DST/AIDS). Também durante os anos 80, os governos nacional, estaduais e municipais, bem como a sociedade civil (tanto setores com fins lucrativos quanto sem), conceberam e lançaram campanhas para informar o público em geral, realizaram intervenções direcionadas visando mudar o comportamento dos grupos de alto risco (HSH e UDIs) e desenvolveram atividades relacionadas a *advocacy* e direitos humanos.

9. Conforme detalhado no Anexo C, Tabela 2, os dados devem ser interpretados com cautela, devido à qualidade de alguns estudos e à representatividade das amostras usadas.

10. O staff do Programa de AIDS da Fiocruz informou a equipe do Banco sobre a existência de novas e mais sofisticadas análises de tendências entre UDIs no Rio, recentemente apresentadas para publicação. Também foi mencionado um artigo sobre tendências, publicado em Santos, destacado no parágrafo 4.15 (Mesquita et al.).

1.10 Em 1991, o Ministério da Saúde começou a aquisição e distribuição gratuita de terapia anti-retroviral (monoterapia com AZT) para pacientes com AIDS. Em 1996, com o desenvolvimento das primeiras terapias de AIDS com benefícios reais em termos de sobrevivência e qualidade de vida, a política do Brasil de acesso universal aos cuidados da saúde passou a incluir a terapia anti-retroviral potente (HAART)¹¹. De acordo com as estatísticas do Ministério da Saúde, em 2000, das 600.000 pessoas com HIV, cerca de 93.500 estavam recebendo a terapia anti-retroviral (ART) e outras 130.900 com AIDS clinicamente definida, com contagem de células CD4 acima de 200, vinham sendo monitoradas, mas não estavam em tratamento (Estatística do PNC). Em 2003, cerca de 140.000 pacientes se encontravam em terapia anti-retroviral (ART), e outros 196.000 estavam monitorados, mas não em tratamento. A morbidade, mortalidade, taxas de infecções oportunistas e hospitalizações devidas à AIDS têm declinado marcadamente, desde 1997. Uma contínua preocupação, no entanto, é que a maior parte dos estimados 600.000 brasileiros vivendo com HIV não sabe de sua condição e nem fez teste para HIV; é provável que uma proporção significativa continue com comportamentos que podem estar mantendo a disseminação do vírus.

2. Objetivos e Desenho

AIDS I

2.1 Os dois **objetivos** mais amplos do Primeiro Projeto de Controle de AIDS e DST (AIDS I) eram reduzir a incidência e transmissão de HIV e das DST e fortalecer instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle de DST e HIV/AIDS. Seus objetivos específicos eram criar e pôr em funcionamento um conjunto de instituições e atividades para: (a) definir um programa mínimo de prevenção de HIV e DST e identificar intervenções que funcionassem melhor; (b) desenvolver e equipar adequadamente um quadro tecnicamente competente de profissionais da saúde para diagnosticar, tratar e prover serviços sociais para pacientes com HIV/AIDS; (c) implantar a vigilância efetiva de HIV/AIDS e doenças associadas (como as DSTs e a tuberculose); e (d) fomentar investimentos no projeto pelos Estados e municípios.

2.2 O projeto AIDS I compreendia quatro **componentes**: (a) prevenção, incluindo programas de informação, educação e comunicação voltados para a população em geral e para grupos de alto risco; expansão da capacidade de diagnóstico, aconselhamento, testes e intervenções precoces; aquisição e distribuição de preservativos; (b) serviços para pacientes com HIV e DST, incluindo melhorias de diagnóstico precoce e tratamento de DSTs e integração da prevenção e dos serviços médicos ao aconselhamento, visando melhorar e também reduzir os custos da assistência; (c) desenvolvimento institucional, incluindo treinamento de provedores de serviços, melhoria de serviços laboratoriais e assistência técnica; e (d) vigilância, pesquisa e avaliação, incluindo vigilância epidemiológica, avaliação de programa e estudos especiais sobre epidemiologia, custos e economia da doença.

2.3 **Esquemas de Implementação.** O PNC, sob a responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, era responsável pela gestão e coordenação do projeto. O chefe do Programa Nacional foi designado como administrador geral do projeto e deveria ser apoiado por um assistente de administração do projeto e uma equipe de especialistas recrutados para

11. A HAART é definida como uma terapia com a combinação de três medicamentos, com ou sem um inibidor de protease (IP). Atualmente, todos os pacientes no Brasil já começaram a HAART. No entanto, há um pequeno número (menos de 10.000) que tinha o regime terapêutico de duas drogas e não havia passado ainda para o triplo até meados de 2003. O estudo de caso do DAO sobre HIV/AIDS no Brasil, atualmente em preparação, inclui uma descrição dos programas e regimes de medicamentos anti-retrovirais no país.

atender a todas as exigências fiduciárias do Banco. O projeto foi concebido para transferir recursos para: (i) o nível federal (basicamente o PNC), visando fortalecer sua capacidade de desenhar, dirigir, liderar, orientar, apoiar, contratar e, em alguns casos, implementar uma gama de atividades do programa nacional, abrangendo prevenção, assistência e tratamento, vigilância, pesquisa, monitoramento e avaliação; (ii) Estados e municípios selecionados, para apoiar o desenho e a implementação de seus planos de ação relacionados com HIV/AIDS; e (iii) organizações não-governamentais e da sociedade civil (ONGs/OSCs), através de esquemas de contratação, para que pudessem implementar projetos cobrindo diversas atividades, incluindo prevenção, direitos humanos, assistência e tratamento.

2.4 Todos os 27 Estados e 43 municípios¹² (esses últimos, selecionados segundo critérios de necessidades e capacidade) tinham as condições necessárias para se beneficiar do apoio do projeto, mas somente poderiam ter acesso aos recursos caso se comprometessem a: criar, prover de pessoal e co-financiar uma Unidade de Coordenação do Controle de HIV/AIDS e DST dentro da estrutura de saúde; assinar acordos com o Ministério da Saúde definindo termos e condições das transferências (uma condição de efetividade para os primeiros cinco Estados, e uma condição de desembolso para os demais Estados e municípios); e preparar planos de operações anuais consolidados (POA) a serem aprovados pelo Banco (os desembolsos eram condicionados à inclusão de atividades no POA).

2.5 As transferências para ONGs dependiam do atendimento a dois conjuntos de critérios, um para determinar a adequação da própria ONG (estrutura, status legal, perfil, organização e pessoal, fontes de financiamento, e avaliação, no nível local, de sua capacidade técnica e de desempenho), o outro para avaliar a qualidade das propostas de cada ONG quanto a aspectos técnicos, gerenciais, financeiros, epidemiológicos e geográficos. As propostas seriam revistas e selecionadas por um painel nacional. As consideradas promissoras, mas necessitando aprimoramento técnico, receberiam apoio técnico para elevar seu padrão até o nível requerido para que pudessem ser selecionadas.

2.6 Tanto a transferência direta de recursos do projeto para Estados e municípios selecionados, como a contratação de ONGs (através de um processo competitivo) e a concessão de financiamento para realizarem atividades de prevenção e tratamento/assistência eram inovações no Brasil, concebidas para possibilitar uma abordagem multissetorial na luta contra o HIV/AIDS e conferir maior responsabilidade aos Estados e municípios na preparação e negociação de POAs elaborados no nível local.

AIDS II

2.7 Os *objetivos* gerais do Segundo Projeto de Controle de AIDS e de DST (AIDS II) eram reduzir a incidência de infecção por HIV e DST e expandir o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência de pessoas com HIV, AIDS e DSTs. Incorporando a experiência adquirida com o primeiro projeto, os objetivos específicos dessa operação eram: (a) dar apoio continuado aos esforços do Governo; (b) ampliar as atividades de prevenção; (c) fortalecer a capacidade de avaliação; (d) buscar a sustentabilidade do programa; e (e) identificar as intervenções com maior custo-efetividade.

2.8 O projeto AIDS II apoiou três *componentes*: (a) prevenção da AIDS e das DSTs; (b) diagnóstico, tratamento e assistência de pessoas com HIV, AIDS e DSTs; e (c) fortalecimento institucional, incluindo vigilância epidemiológica e monitoramento e avaliação, entre outras

12. Na época da preparação do projeto, havia cerca de 5 mil municípios no Brasil. Hoje, são cerca de 5.700.

intervenções. A articulação original de componentes e atividades nos projetos AIDS I e II, conforme a documentação do projeto, é apresentada no **Anexo D** para referência.

2.9 **Modificações do Desenho.** Embora o desenho geral do AIDS I tenha sido mantido na segunda operação, foram introduzidas certas modificações para ajustar-se a mudanças no perfil da epidemia de AIDS. Além de esforços continuados para apoiar mudanças de comportamento em grupos de alto risco (notavelmente HSH, UDIs e profissionais do sexo), foram ampliadas outras intervenções preventivas, tanto para incluir novos e mais amplos grupos-alvo (estudantes e mulheres atendidas pelos serviços de saúde reprodutiva), quanto para alcançar outras áreas geográficas do país.

2.10 O desenho do AIDS II também levou em conta quatro questões relacionadas ao programa. *Primeira*, em resposta a preocupações sobre a viabilidade financeira e a sustentabilidade da decisão do Governo de financiar os custos totais do tratamento de pacientes com HIV/AIDS no contexto de sua política geral de acesso universal e gratuito aos cuidados de saúde, a segunda operação não contemplou o financiamento de medicamentos ARVs, mas incluiu investimentos para promover alternativas ao atendimento hospitalar (hospitais-dia, assistência domiciliar terapêutica e outros serviços a pacientes não internados), tanto para melhorar a qualidade, quanto para reduzir os custos de tais atendimentos. Foram programados estudos para avaliar os custos e a eficácia da assistência e do tratamento. *Segunda*, o projeto visava apoiar e monitorar os esforços do PNC para diminuir os custos de preservativos para o público, através da redução de impostos e outros meios. *Terceira*, tendo em vista o baixo nível de monitoramento e de avaliação do desempenho da primeira operação, o AIDS II enfatizou a implantação de um sistema viável de monitoramento e avaliação, especialmente: (a) a definição dos objetivos e indicadores do projeto para medir o impacto; (b) a especificação do tipo de informação de linha-de-base necessária para acompanhar mudanças desejadas; e (c) um acordo com o Programa Nacional sobre atividades-chave de avaliação e seus termos de referência. *Quarta*, buscou descentralizar o gerenciamento e a execução do programa, devolvendo algumas responsabilidades para os Estados e municípios (como, por exemplo, a gradual transferência de responsabilidades pela revisão, seleção e supervisão relativas a projetos executados por ONGs).

2.11 Mudanças relativamente pequenas foram feitas nos esquemas de implementação do AIDS II. Como forma de encorajar a participação de municípios menores e alcançar maior eficiência na transferência, no uso e na contabilização de tais fundos, a participação dos municípios menores foi encorajada através da formação de consórcios.

3. Implementação e Custos

Experiência de Implementação

3.1 **AIDS I.** Os arranjos institucionais foram respeitados durante todo o projeto, com os três principais implementadores (Governo Federal, Estados/municípios e ONGs) gerindo parcelas aproximadamente iguais dos recursos, de acordo com relatórios do PNC.

3.2 De modo geral, as condições do projeto para a transferência de fundos aos Estados e municípios foram preenchidas. Na mesma medida, os POAs foram implementados de acordo com as expectativas, embora a capacidade de absorção dos programas nas esferas locais fosse, em

grande parte, uma função do grau de comprometimento político nesses níveis.¹³ No todo, cerca de US\$115.8 milhões foram transferidos para governos locais no AIDS I, no período 1994-98.¹⁴ O apoio aos Estados variou com relação aos valores per capita e à alocação por casos identificados de AIDS (ver Tabela E-3 no **Anexo E**).

3.3 As ONGs se encarregaram de uma grande parcela do trabalho de prevenção financiado pelo projeto, de acordo com suas reconhecidas vantagens comparativas para alcançar e trabalhar efetivamente com grupos de alto risco. Com o apoio do AIDS I, 181 ONGs realizaram 444 projetos de prevenção e 140 projetos de tratamento e assistência. Esse total de 584 projetos correspondeu a mais que o dobro da meta inicial de 261 (ver Tabela 1 para detalhes).¹⁵

3.4 O escritório de ligação com as ONGs dentro do PNC administrou a contratação das organizações. O monitoramento desses projetos foi realizado através da preparação, pelas próprias ONGs, de relatórios trimestrais sobre o progresso da implementação e através de visitas de supervisão realizadas pelo pessoal do Programa Nacional. Para consolidar ainda mais o sucesso da contratação de ONGs, a revisão intermediária do projeto recomendou mais atenção ao apoio às ONGs em seus esforços para alcançar a sustentabilidade financeira de suas atividades; envolvimento do governo local na seleção e avaliação de projetos de ONGs; maior uniformidade e continuidade dos relatórios e do monitoramento. Embora tenha havido progresso em todas essas frentes durante a segunda metade do AIDS I e ao longo de todo o AIDS II, os desafios de garantir a sustentabilidade financeira das ONGs, assim como a rotinização e o rigor do monitoramento e da avaliação de suas atividades foram consistentemente levantados em entrevistas da Missão do DAO com funcionários dos níveis federal e local e com representantes de ONGs. Inicialmente, o teto do financiamento para projetos de ONGs foi fixado em US\$100.000, tendo sido depois reduzido para cerca do equivalente a US\$50.000 ao se constatar que poucas ONGs, se é que alguma, teriam capacidade para usar aquela quantia.

13. Por exemplo, a cidade de São Paulo sofreu importantes atrasos na execução de seu programa e acabou não usando totalmente os recursos disponibilizados pelo projeto como consequência de importantes mudanças na estrutura do sistema de cuidados da saúde e também do baixo comprometimento da administração da cidade com as atividades de controle da AIDS. Uma mudança ocorrida na liderança do município ao final do AIDS I criou um ambiente propício para um esforço mais intensificado do programa. Funcionários do Estado que foram entrevistados relataram que a nova liderança obteve forte apoio político para a luta contra o HIV/AIDS. O projeto alcançou um bom nível de recursos, incluindo financiamento local e a maior utilização dos fundos disponíveis.

14. Banco Mundial. Relatório de Término da Implementação.

15. Mesmo alcançando o dobro da meta original, havia capacidade e demanda para mais projetos. No último ano de implementação, mais de 400 novas propostas foram recebidas, junto com mais de 130 pedidos de extensão e financiamento complementar. Embora os últimos pedidos tenham sido totalmente atendidos, apenas 51 das novas propostas foram aprovadas, pois todos os recursos programados para ONGs já estavam alocados e havia pouco espaço para realocações no último ano do projeto.

AIDS II

3.5 O AIDS II transferiu recursos para atividades relativas a HIV/AIDS a todos os 27 Estados, e o número de municípios beneficiando-se das transferências diretas mais que triplicou, chegando a 150. Em dezembro de 2002, o Ministro da Saúde assinou uma portaria estabelecendo transferências federais para Estados e municípios para financiar atividades associadas a AIDS/DST. Segundo a portaria, os Estados e municípios devem preparar e negociar, com sucesso, Planos de Ação e Metas (PAMs), cujo foco deve estar dirigido para marcos de referência e metas de desempenho, em vez de para insumos. Essa nova portaria representou um apoio à política de descentralização do Brasil e refletiu o desenho e a experiência de implementação do AIDS I e II. Em maio de 2003, 14 Estados e 158 municípios tinham aprovado Planos de Ação e Metas. Dado que isso ocorreu próximo da data de encerramento do AIDS II, nenhum fundo do projeto foi canalizado para os Estados dentro desse novo mecanismo. Os Estados continuaram a receber fundos através do mecanismo do POA, conforme estabelecido no AIDS I. Como mostrado na Tabela 4, tanto o número de ONGs quanto o número de projetos de ONGs recebendo apoio via AIDS II cresceram significativamente, quando comparados com os níveis alcançados no AIDS I.

Tabela 1: Projetos de ONGs Apoiados por AIDS I e II

Grupos-alvo/intervenções	Nº Projetos	
	AIDS I *	AIDS II **
A. Prevenção		
Usuário de drogas injetáveis	15	171
Homens que fazem sexo c/homens	28	193
Profissionais do sexo	54	285
Jovens	73	192
Dos quais são:		
Escolares		(17)
Adolescentes		(56)
Crianças e adolescentes		(192)
Populações de baixa renda	14	160
Mulheres	40	213
Outros	220	495
Que incluem:		
Sustentabilidade de ONGs		(120)
Informação/educação/comunicação /Desenvolvimento institucional		(118)
Profis. de saúde e educação		(83)
Populações reassentadas		(62)
Pessoas encarceradas		(48)
Caminhoneiros		(26)
Populações indígenas		(24)
Trabalhadores em minas		(10)
Pessoas com deficiências		(4)
Subtotal de Prevenção	444	1.709
B. Tratamento e Assistência	140	454
Total real:	564	2.163
Planejado:	261	(não especificado)
Total de ONGs apoiadas:	181	795***

• Fonte: Relatório de Término da Implementação do AIDS I

**Fonte: Ministério da Saúde/PNC, 2002

***Fonte: PCN. Dado fornecido durante Missão do DAO

Custos planejados versus custos reais por componente¹⁶

3.6 **AIDS I.** O custo real total do projeto, equivalente a US\$250 milhões, foi igual ao estimado na avaliação inicial. Os gastos reais com prevenção representaram 117% dos custos totais estimados na avaliação, enquanto os gastos reais com assistência e tratamento corresponderam a 89% do estimado na mesma época. Os custos do componente de desenvolvimento institucional foram aproximadamente os mesmos do estimado na avaliação (102%). Gastos com vigilância, pesquisa e avaliação ficaram muito aquém do estimado inicialmente (46%). Os dados sobre gastos públicos com HIV/AIDS não são desagregados por componentes do programa (prevenção, tratamento e assistência, desenvolvimento institucional, vigilância, monitoramento e avaliação), tornando impossível determinar a parcela do financiamento do Banco gasta em cada componente.

3.7 **AIDS II.** O custo total real do AIDS II foi equivalente a US\$296.5, ou 99% do estimado na avaliação inicial. Os custos reais dos componentes de prevenção e fortalecimento institucional excederam ligeiramente os custos totais estimados (104 e 109%, respectivamente), mas o custo

16. Ver Anexo E para detalhes.

real do componente diagnóstico, tratamento e assistência ficou bem abaixo do previsto (86%). O total do empréstimo do Banco, que teve 98% desembolsados, correspondeu a cerca de 10% do gasto total com HIV/AIDS durante a vida do projeto (Ministério da Saúde, agosto de 2002) (ver Tabela D-4 no Anexo D para detalhes).

4. Produtos e Resultados por Objetivo

AIDS I

Tabela 2: Resumo das Classificações dos Produtos, por Objetivos, feitas pelo DAO: AIDS I

	<i>Importância*</i>	<i>Eficácia**</i>
Objetivos Gerais		
Reduzir a incidência e transmissão de HIV e DSTs	Elevada	Não é possível avaliar
Fortalecer instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle de DST e HIV/AIDS	Substancial	Satisfatória
Objetivos Específicos		
Implantar um conjunto de instituições e atividades para:		
Definir um programa mínimo para prevenção de HIV e DST e identificar as intervenções que melhor funcionem	Elevada	Moderadamente Satisfatória
Através de treinamento, desenvolver um quadro de profissionais da saúde adequadamente equipados e tecnicamente competentes para diagnosticar, tratar e prover serviços sociais para pacientes com HIV/AIDS	Substancial	Satisfatória
Estabelecer vigilância efetiva para HIV/AIDS e suas doenças associadas (como DSTs e TB)	Elevada	Insatisfatória
Sustentar investimentos estaduais e municipais em projetos	Substancial	Satisfatória

- A importância é avaliada segundo a prioridade dada ao objetivo no desenho do projeto, baseada tanto na descrição do projeto, quanto no total de fundos alocados. ** Eficácia é a medida em que os objetivos do projeto foram alcançados, ou se espera que sejam, levando em conta sua importância relativa.

4.1 Devido à falta de dados epidemiológicos e comportamentais adequados que pudessem servir tanto como ponto de referência inicial quanto para avaliações ao final do projeto, *não é possível avaliar o resultado do projeto em relação ao objetivo geral de reduzir a incidência e transmissão de HIV e DSTs.*¹⁷ Os outros objetivos do projeto estão articulados em termos de produtos, em vez de resultados, e, por isso, podem ser avaliados. *Em termos gerais, o projeto teve sucesso em alcançar o outro objetivo geral de fortalecer instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle de DST e HIV/AIDS.* Como descrito mais detalhadamente abaixo, o projeto apoiou o desenho, a implementação e a expansão de programas de prevenção e de tratamento e assistência. Devem-se notar, particularmente, os investimentos significativos na criação de capacidades, incluindo o treinamento de 21.600 profissionais da saúde (meta de 7.000) através do desenho e da realização de 769 cursos de treinamento (meta de 550) e a provisão de assistência técnica local e internacional para desenho e implementação de programas (relatórios de projeto do PNC).

4.2 *O projeto teve sucesso em definir e apoiar um programa nuclear de prevenção de HIV e DST, mas não conseguiu alcançar o objetivo de avaliar quais as intervenções que melhor*

17. A falta de dados sobre tendências da prevalência de HIV e sobre comportamentos, tanto entre a população em geral quanto entre grupos de alto risco, é uma consequência do fracasso do projeto em fortalecer adequadamente a vigilância, o monitoramento e a avaliação, tal como será visto mais adiante nesta seção.

funcionaram e que poderiam orientar futuras decisões relativas à alocação de recursos. O AIDS I deu significativa contribuição para a implantação e a bem-sucedida implementação das mais modernas, sustentáveis e inovadoras atividades de prevenção no Brasil, incluindo o aumento de informação/consciência entre o público em geral e intervenções voltadas para mudanças comportamentais de grupos de alto risco. Tanto o Governo quanto a sociedade civil foram particularmente bem-sucedidos em alcançar os grupos de alto risco. Um exemplo é a combinação de projetos inovadores do setor público e de ONGs destinados a (a) prevenir o uso indevido de drogas e a infecção por HIV entre a população em geral e (b) reduzir a transmissão de HIV entre UDIs, através de educação e programas de troca de seringas. Outros exemplos de parcerias bem-sucedidas com a sociedade civil são encontrados em esforços apoiados pelo projeto visando HSHs e profissionais do sexo, abrangendo intervenções para mudanças comportamentais e estudos. Adolescentes foram beneficiados pelos esforços de prevenção através de parcerias com o Ministério da Educação, a Fundação Roquete Pinto e as redes de televisão educativas. Um importante resultado do apoio a projetos, em termos de parcerias com o setor privado, foi a criação do Conselho Empresarial, composto de 24 grandes empresas e de mais de um milhão de trabalhadores, que oferece orientação ao setor privado para o desenho e a implantação de intervenções nos locais de trabalho.

4.3 O AIDS I investiu no desenho e na realização de 138 cursos sobre prevenção, assistidos por 8.673 treinandos. O projeto também apoiou o desenho e a implementação de 7 campanhas nacionais de informação, educação e comunicação (uma a mais que o originalmente planejado) para aumentar a consciência sobre HIV/AIDS e o conhecimento sobre como impedir a infecção. Outras atividades de alcance e conscientização apoiadas incluem a implantação de uma Linha Especial AIDS [*hotline*], contatada por cerca de 1.000 pessoas por dia, e uma Rede Nacional de Direitos Humanos, formada por cerca de 1.400 membros com grande capacidade de *advocacy* e alcance.

4.4 De 1993 a março de 1998, o projeto comprou e distribuiu 136 milhões de preservativos e apoiou atividades de marketing social. O sistema logístico nacional para distribuição de preservativos serve para controlar os estoques de preservativos, melhorar o fluxo para distribuidores e usuários e manter um registro de quem está recebendo preservativos, a fim de poder projetar necessidades futuras. Esforços para reduzir impostos de importação sobre preservativos foram iniciados durante o AIDS I e continuaram, com maior sucesso, durante o AIDS II. O Gráfico 1 mostra o declínio nos preços unitários de preservativos durante a vida dos dois projetos.

4.5 Apesar da falta de dados de linha-de-base e de um sistema viável de monitoramento e avaliação, as evidências disponíveis indicam que, durante a vida desse projeto, a consciência da doença e de como impedir sua transmissão cresceu, e comportamentos mais saudáveis foram adotados tanto pelo público em geral, quanto por grupos de alto risco. Por exemplo, as vendas de preservativos domésticos e importados cresceram significativamente, passando de 70 milhões, em 1993, para 228 milhões em 1997 (estatísticas do PNC). Dados do programa de 1993 e 1996 mostram um crescimento moderado, de 25 para 35%, de homens que informaram sempre usar preservativos, e de 14 para 19% de homens que disseram que quase sempre usam preservativos. Na ausência de informações mais precisas sobre o desempenho do projeto e de programas, é plausível supor que o apoio dado pelos projetos para aumentar a consciência e para intervenções voltadas para mudanças comportamentais, bem como o sucesso em melhorar a disponibilidade de preservativos, contribuíram para aumentar a consciência sobre a doença e dos riscos de transmissão, e para a adoção de comportamentos mais saudáveis documentados nas pesquisas mencionadas acima. Embora tendo tido sucesso no estabelecimento de intervenções de prevenção inovadoras e bem focalizadas, e no apoio dado a elas, o projeto não realizou estudos e

avaliações para estabelecer a relação custo-efetividade de atividades de prevenção, com base na qual seriam definidas futuras decisões estratégicas e novas alocações de recursos.

4.6 ***O projeto teve sucesso em fortalecer a capacidade do sistema de saúde para diagnosticar, tratar e prover serviços sociais a pacientes com HIV/AIDS.*** No início do projeto, os testes de HIV eram muito limitados e realizados por bancos de sangue com virtualmente nenhum serviço de aconselhamento disponível. Com o apoio do AIDS I, foi criada uma rede de 104 centros de testagem anônima e aconselhamento (CTAs) cobrindo todos os Estados, exceto Acre (Ministério da Saúde/PNC, agosto de 2002).¹⁸ A meta do projeto era de 125 CTAs.

4.7 Através de um ambicioso programa de treinamento de agentes de saúde, credenciamento de hospitais e da criação de serviços alternativos, o AIDS I conseguiu criar considerável capacidade no Brasil para assistir pessoas com HIV/AIDS, com muito da assistência, passando de hospitalizações caras para alternativas mais baratas, como serviços para pacientes internados e ambulatoriais. Especificamente, o projeto alcançou a meta de implantar cerca de 190 novas unidades de tratamento para pacientes com HIV/AIDS, embora a combinação de unidades implementadas de fato tenha sido diferente da originalmente planejada. Foram criados 49 hospitais-dia, e a meta era 100. Embora não tenham sido inicialmente planejados no âmbito do projeto, foram criados 31 serviços públicos de assistência domiciliar terapêutica com o apoio do projeto. Foram criadas 66 unidades especializadas de assistência a pacientes ambulatoriais, 57% além da meta original de 42. Mais de 40 projetos de ONGs implantaram serviços de assistência domiciliar, aquém da meta de 50. Além disso, embora não estivesse previsto nas metas do projeto original, 340 hospitais foram credenciados para fornecer tratamento para HIV/AIDS.

4.8 Foi desenvolvido um sistema logístico para o gerenciamento e controle de medicamentos ARVs, junto com políticas e diretrizes para cuidados da saúde e para outros serviços destinados a pacientes com HIV. Além disso, o projeto financiou o desenho e a realização de 546 cursos de treinamento em tratamento, assistidos por 10.985 profissionais de cuidados da saúde e agentes de saúde comunitária em todo o país. Embora não especificado no desenho original, o projeto também financiou terapia anti-retroviral para mulheres grávidas HIV positivas, a fim de prevenir a transmissão mãe-bebê, e treinou cerca de 500 profissionais da saúde na assistência a essas pacientes.

4.9 Os investimentos do projeto em treinamento, equipamentos e outros materiais também apoiaram a implantação de uma rede de serviços de diagnóstico e tratamento de DST. O projeto apoiou a implantação de 700 clínicas de DST dentro de unidades de saúde pública já existentes, mais que o dobro da meta inicial (300). No entanto, algumas atividades planejadas não foram realizadas: avaliação e pesquisa sobre a efetividade e as relações custo-efetividade de diferentes estratégias de notificação de parceiros; utilização e efetividade de serviços de DST; e factibilidade de combinar testes sintomáticos e clínicos numa mesma unidade de atendimento. A Tabela F-1 no **Anexo F** fornece estatísticas sobre notificações de casos de DST para o período 1996-2001, que correspondem, provavelmente, a apenas uma fração do total verdadeiro.

4.10 No início do projeto, os laboratórios careciam de capacidade de referir pacientes para dar apoio a laboratórios ainda não qualificados e garantir, com a rapidez necessária, serviços de qualidade para tratamento e assistência. Os recursos do projeto apoiaram o aperfeiçoamento da rede de laboratório com vista a melhorar o diagnóstico, o tratamento e a pesquisa de HIV/AIDS e DSTs. Com apoio do projeto, 43 laboratórios públicos começaram a usar testes de carga viral a partir de 1997, e 60 laboratórios em todo o país foram capacitados para fazer testes de contagem

18. O Relatório de Término da Implementação do Banco Mundial indica que outros 39 CATs estavam em vias de serem implantados na data de encerramento do projeto.

de células CD4.¹⁹ O aperfeiçoamento da rede de laboratórios também permitiu o monitoramento de subtipos de HIV e da resistência a medicamentos para terapia anti-retroviral. Como complemento ao apoio fornecido através de outros empréstimos do BIRD (projeto REFORSUS), o AIDS I ajudou a criar um programa nacional de controle de qualidade do sangue, cuja efetividade ficou evidente com a significativa redução da parcela de casos notificados de AIDS contraída através de transfusões de sangue, caindo de 2,4% de todos os casos, em 1992, para 0,2% em 2000 (Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, março de 2002).

4.11 O projeto não teve sucesso em suas tentativas iniciais de criar um serviço de vigilância para o HIV. Apesar de tentativas iniciais do projeto de criar uma vigilância para o HIV, o sistema originalmente estabelecido pelo projeto não era viável, dado que os tamanhos das amostras e as amostras acompanhadas pelos estudos de seguimento (*follow-up*) eram inadequados, resultando em intervalos de confiança muito amplos e, portanto, sem nenhuma utilidade. O sistema foi revisto em 1997, com assistência ao projeto e melhorias que incluíram uma seleção mais cuidadosa de instituições participantes, gerenciamento central mais estrito e mais freqüente, e supervisão mais rigorosa. Com esses ajustes, o AIDS I teve sucesso em implantar 150 locais de vigilância-sentinela²⁰ (meta de 80) em clínicas obstétricas, pronto-socorros e clínicas de DST. O projeto também financiou a realização de 72 cursos de epidemiologia para 1.598 profissionais de cuidados da saúde. No fechamento do projeto, em 1997, os locais de vigilância-sentinela instalados em clínicas obstétricas e pronto-socorros conseguiram gerar dados sobre prevalência de HIV em tempo hábil para a avaliação final do projeto, notadamente: a prevalência de 1,8% entre mulheres grávidas (de 20-24 anos) e de 4,1% entre pacientes de pronto-socorros (de 20-24 anos). A vigilância-sentinela em clínicas de DST foi considerada não-confiável. O desenho de vigilância de DST também foi modificado durante a implementação do projeto, facilitando a operação de um sistema mais descentralizado de 72 instituições estaduais e municipais (versus 27 unidades estaduais) selecionadas segundo critérios técnicos e geográficos. Os serviços de vigilância de DST criados pelo projeto geraram dados sobre os clientes que buscavam tais serviços. Esses dados não são representativos da população total, ou mesmo de grupos de alto risco dentro da população, e não representam todo o universo, já que nem todos são notificados.

4.12 O AIDS I investiu cerca de US\$6 milhões em 65 estudos, 27 lidando com prevenção, riscos e comportamentos, 16 de diagnóstico, tratamento e assistência, 17 de epidemiologia e biologia da doença e 5 de outros tópicos (custos, relações custo-efetividade, gerenciamento de programa e economia política da doença). No entanto, equipes de programas estaduais e municipais visitados fora do Rio e de São Paulo, entrevistadas pela Missão do DAO, notaram a necessidade de pesquisas no nível local, que seriam operacionalmente mais relevantes e úteis do que pesquisas de escopo nacional ou centradas no Sudeste. Apenas uma porção muito pequena dos esforços de pesquisa e de financiamento foi dirigida para o aprimoramento de modelos ou para o estudo de custos e de relações custo-efetividade de diferentes formas de prevenção e tratamento, algo que tinha sido enfatizado no desenho do projeto. Algumas pesquisas e estudos realizados com apoio do projeto forneceram importantes informações e percepções sobre o HIV e a dinâmica dos padrões comportamentais, na ausência de uma atividade regular de vigilância pelo Governo. Mais notadamente, o AIDS I investiu em uma série de três estudos sobre cerca de 850.000 recrutas do Exército que forneceram dados críticos sobre prevalência de HIV/DST e comportamentos.

19. Teste desenhado para monitorar a baixa do sistema imunológico.

20. Um sistema de vigilância no qual uma amostra pré-definida de fontes notificadoras concorda em notificar todos os casos de uma ou mais condições notificáveis.

4.13 ***O apoio do projeto para garantir a sustentabilidade de investimentos nos níveis estadual e municipal foi considerável.*** O projeto teve sucesso em criar Unidades de Coordenação de HIV/AIDS em Estados e municípios. As atividades dessas Unidades e seus custos recorrentes foram co-financiados pelo governo local, de acordo com a política de descentralização. Deve-se destacar que a participação no projeto requeria que os Estados e municípios financiassem os custos com o pessoal das Unidades de Coordenação e também participassem dos custos de certas atividades. Além disso, o engajamento e o comprometimento político e popular nos níveis estadual e municipal eram muito altos, graças ao ativismo das ONGs, à alta visibilidade do programa e ao processo participatório no planejamento e na execução de atividades locais. Uma importante exceção foi a cidade de São Paulo, cuja liderança local, na época, não tinha forte compromisso com o projeto, que teve seu desempenho prejudicado e não foi capaz de absorver efetivamente os fundos recebidos.

AIDS II

Tabela 3: Resumo das Classificações de Resultados por Objetivo, feita pelo DAO: AIDS II

	<i>Importância*</i>	<i>Eficácia**</i>
Objetivos Gerais		
Reduzir a incidência de infecção por HIV e DST	Alta	Impossível avaliar
Expandir e melhorar a qualidade de diagnóstico, tratamento e assistência de pessoas com HIV, AIDS e DSTs	Substancial	Satisfatória
Objetivos específicos		
Incorporar a experiência adquirida com o primeiro Projeto de Controle de AIDS/DST, especialmente:		
Ampliar outras atividades de prevenção (embora mantendo um foco sobre grupos de alto risco)	Alta	Satisfatória
Fortalecer a capacidade de avaliação	Alta	Insatisfatória
Buscar a sustentabilidade do programa através da devolução de algumas responsabilidades para Estados e municípios	Moderada	Satisfatória
Identificar intervenções com maior custo-efetividade	Substancial	Insatisfatória

*A importância é julgada pela prioridade concedida ao objetivo no desenho de projeto, baseada tanto na descrição do projeto quanto no total de fundos alocado. **Eficácia é a medida em que os objetivos do projeto foram alcançados, ou se espera que sejam, levando-se em conta sua importância.

4.14 Na ausência de dados adequados sobre tendências epidemiológicas e de comportamentos, ***não é possível avaliar o quanto foi alcançado do objetivo geral do projeto de reduzir a incidência de infecções por HIV e DST.***²¹ No entanto, dados de diversos estudos fornecem alguma informação sobre tendências da prevalência para diferentes populações, ao longo de diferentes períodos. Com relação à sífilis, relatos sobre a prevalência em recrutas do Exército indicam um aumento de 0,53%, em 1996, para 1,8% em 2002 (Szwarcwald, 2002), enquanto a prevalência entre mulheres que tiveram filhos em casas de saúde caiu de 2,8%, em 1998, para 1,7% em 2000 (dados do SUS). Informações disponíveis sobre tendências da prevalência de HIV também mostram um quadro misto. A prevalência de HIV é dada como decrescente entre recrutas militares: de 0,2%, em 1996, para 0,12% no Sul, 0,19% no Norte e no Centro-Oeste, e 0,08% no Rio e em São Paulo em 1998 (Szwarcwald, 2002). A prevalência de HIV entre mulheres grávidas ou no pós-parto, de 20 a 24 anos, aparentemente experimentou um incremento, durante o período 1998-2002, de 0,3 para 0,6% (PNC, 2003). A proporção de crianças infectadas

21. Essa falta de dados é uma consequência do fracasso do projeto em fortalecer adequadamente a capacidade de monitoramento e avaliação, incluindo vigilância epidemiológica e comportamental, como será discutido mais adiante nesta seção.

ao nascer declinou de 8,6%, em 2000, para 7,6% em 2001 e 3,7% em 2002 (estatísticas do Ministério da Saúde).

4.15 Com relação a grupos de alto risco, embora dados disponíveis certamente indiquem alguns sinais e tendências encorajadores, devem ser interpretados com cautela, já que os estudos não foram realizados no contexto de um único marco de referência metodológico, nem as séries de estudos necessariamente cobriram exatamente os mesmos grupos-alvo, ou amostras, nas mesmas áreas geográficas (ver Anexo C, Tabela 2 para detalhes). Levando em conta essas ressalvas, a prevalência de HIV parece ter diminuído na comunidade de UDIs, passando de 52%, em 1999, para 36,3% em 2001 (UFMG/PNC). No Rio de Janeiro, as taxas de infecção nesse grupo caíram para 8% em 2000 (Marins et al, 2003). Relatórios sobre as taxas de prevalência entre UDIs em Santos indicam que essas passaram de 63%, em 1992, para 65 por cento no período 1994-96, declinando, em seguida, para 42 por cento em 1999. Esses dados estão associados à redução do uso de injeções e de trocas de seringas e agulhas, e ao aumento do uso (fumo) de *crack*. (Mesquita et al.). Embora não haja dados disponíveis sobre tendências de HIV entre profissionais do sexo e HSH ao longo do tempo, um estudo com 3.000 profissionais do sexo indicou uma baixa prevalência de 6,5% em 2001 (UnB/PNC), e a prevalência entre a comunidade de HSH foi estimada como sendo, em média, de 10,8% (São Paulo, Projeto Bela Vista) durante o período 1994-99. No todo, pode-se notar que, cerca de 20 anos após os primeiros casos de AIDS terem sido identificados no país, a epidemia de HIV no Brasil permanece concentrada em uma população de alto risco, tendo a prevalência do vírus sido confiavelmente estimada pelo Ministério da Saúde em 0,65% dos adultos em idade reprodutiva.

4.16 ***O projeto forneceu importante apoio para expandir e melhorar a qualidade de diagnóstico, tratamento e assistência de pessoas com HIV, AIDS e DSTs.*** Com o apoio do AIDS II, o número de centros de testagem e aconselhamento (CTAs) no Brasil mais que dobrou, passando de 104, em 1999, para 237 em 2003, excedendo a meta do projeto de criar 100 novos CTAs. O projeto também deu apoio para o funcionamento e o fortalecimento dos CTAs existentes, através da provisão de treinamento e materiais. Conforme mostrado no Mapa F-2 do **Anexo F**, existem agora CTAs em todos os Estados brasileiros. O número de pessoas anualmente testadas para HIV em CTAs cresceu de 120.468, em 1997 (com base em dados de 100 CTAs para 1997), para 271.056 em 2001 (com base em relatórios de 115 entre 174 CTAs). A despeito desse progresso, ainda existem muitas pessoas HIV positivas que nunca foram testadas.

Tabela 4. Estimativas da Prevalência de HIV para Adultos entre 15-49 anos no Brasil em 2000

Gênero	Prevalência (%)	Intervalo de confiança 95%	Total de infecções	Limite inferior	Limite superior
Mulheres N = 15.426	0,47	0,36, 0,58			
Homens Estimado	0,84	0,65, 1,04			
Total	0,65	0,51, 0,80	597.000	548.000	647.000

Fonte: Ministério da Saúde/Estatísticas do PNC.

4.17 O projeto também financiou a significativa expansão de tratamento e serviços alternativos de assistência de baixo custo para pacientes internados e ambulatoriais. Foram criados 35 novos hospitais-dia, 20 serviços de assistência domiciliar terapêutica e 103 serviços ambulatoriais especializados, e foram credenciados 47 hospitais convencionais e 28 hospitais-dia. Graças a esse apoio (e ao fornecido pelo AIDS I), o Brasil exibe uma ampla rede de unidades de tratamento e assistência, incluindo um total de 385 hospitais convencionais credenciados, 84

hospitais-dia (dos quais 77 já estão credenciados), 381 serviços ambulatoriais especializados e 58 serviços de assistência domiciliar terapêutica. O AIDS II também apoiou e fortaleceu serviços e unidades já existentes nessa rede. Além disso, 369 projetos da sociedade civil foram financiados para cuidar do tratamento básico e das necessidades de assistência a pacientes com HIV/AIDS e DST. Uma ampla gama de iniciativas foi apoiada, incluindo: alojamento para pacientes que necessitam viajar para receber tratamento, grupos de apoio, reinserção social, apoio para geração de renda, apoio domiciliar, apoio psicossocial, serviços de saúde mental e assistência voltados para a avaliação e aderência à terapia anti-retroviral. Houve 126 projetos que financiaram a criação de casas de apoio para pessoas vivendo com HIV/AIDS. O número de pacientes em tratamento com medicamentos ARVs cresceu de 33.830, em maio de 1997, para 129.276 em maio de 2003 (Ministério da Saúde/PNC, 2003). O número de mulheres grávidas HIV positivas recebendo tratamento com AZT cresceu de 1.472, em 1997, para 5.958 em 2002 (Ministério da Saúde/PNC, 2003).

4.18 Também foram apoiadas atividades para melhorar o diagnóstico e tratamento de DSTs e atividades para reduzir a transmissão mãe-bebê de HIV/AIDS e sífilis congênita. Os investimentos incluíram o treinamento de provedores de serviços e o desenvolvimento e a disseminação de diretrizes e protocolos. O número de casos de DSTs notificados cresceu desde o envolvimento do Banco, com incremento sustentado de notificações no período 1997-2001 (ver Tabela F-1 no **Anexo F**). No entanto, o total notificado de 239.357 casos para esse período de 5 anos é apenas uma pequena fração do número provável de casos.

4.19 O projeto fortaleceu os laboratórios do país visando melhorar a qualidade e rapidez da avaliação e do monitoramento do status viral e imunológico de pacientes com HIV/AIDS. O diagnóstico de HIV foi descentralizado através de cerca de 70 projetos para fortalecer a capacidade dos laboratórios municipais e da rede de saúde pública e para monitorar a resistência de pacientes com HIV a medicamentos ARVs e de cepas de gonococos a antibióticos. O projeto também apoiou o Sistema de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para fazer auditorias de qualidade internas e externas em 521 unidades de diagnóstico de HIV, 357 de diagnóstico de hepatite, 381 de contagem de células CD4, e 264 de testes de carga viral. O AIDS II também apoiou o trabalho do Sistema de Educação a Distância para Profissionais de Laboratórios de Saúde Pública e de Unidades Hemoterápicas (TELELAB), criado com a assistência do AIDS I, visando ao uso ótimo desse recurso. Estudos e outras modalidades de apoio fornecidos pelo projeto também contribuíram para o fortalecimento e a expansão da capacidade de monitorar a resistência a medicamentos (de pacientes com HIV a medicamentos ARVs, e de cepas de gonococos a antibióticos). O projeto deu apoio, sob a forma de assistência técnica, *software* e fornecimento de materiais e suprimentos, para fortalecer o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos e Preservativos (SICLOM) criado sob o AIDS I. Os investimentos do AIDS II facilitaram o aumento do número de laboratórios de saúde pública que participam de avaliações externas de qualidade de diagnóstico realizadas pelo Sistema de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais de AIDS e DST: foram feitas 45 avaliações em 1998 e 123 em 2002 (Ministério da Saúde/PNC, 2003).

4.20 Não existem dados sobre o acesso das populações pobres e marginalizadas aos serviços de diagnóstico e ao tratamento com ARVs, mas tanto equipes do setor público quanto de ONGs chamaram a atenção da Missão de avaliação do DAO para a necessidade de prover assistência social para esses grupos, de modo a encorajá-los e apoiá-los na realização do teste, acessar protocolos de tratamento e aderir a eles. A sub-utilização desses serviços por populações pobres e grupos marginalizados não foi caracterizada pelos entrevistados pela Missão meramente como uma questão de acesso geográfico, mas também como um aspecto do status de marginalizados. A Missão também notou um esforço concertado da parte dos centros de atendimento e tratamento

visitados para intensificar seu próprio campo de alcance, a fim de promover e encorajar a utilização desses serviços, especialmente entre populações vulneráveis e marginalizadas.

4.21 A Missão notou indicações da alta qualidade desses serviços durante visitas de campo, incluindo: capacidade técnica e forte orientação voltada para o cliente da parte dos provedores dos serviços; fornecimento confiável de medicamentos e materiais essenciais; infra-estrutura e equipamentos disponíveis e em bom estado. Outro indicador importante da qualidade e efetividade do serviço é a taxa de resistência a medicamentos ARVs. Um estudo recente documentou no Brasil, em 2003, uma taxa reduzida de 6,6%, o que reflete um rigoroso gerenciamento e acompanhamento de pacientes, um estrito monitoramento e controle da distribuição de ARVs, e também o monitoramento da adesão dos pacientes. Tudo isso está embutido nos sistemas de gerenciamento de informação criados com assistência do projeto (Brindeiro, 2003). Até o momento, não foi monitorada a possibilidade de reversões de comportamentos (no sentido de comportamentos de maior risco) em consequência do programa de tratamento bem-sucedido do Brasil.

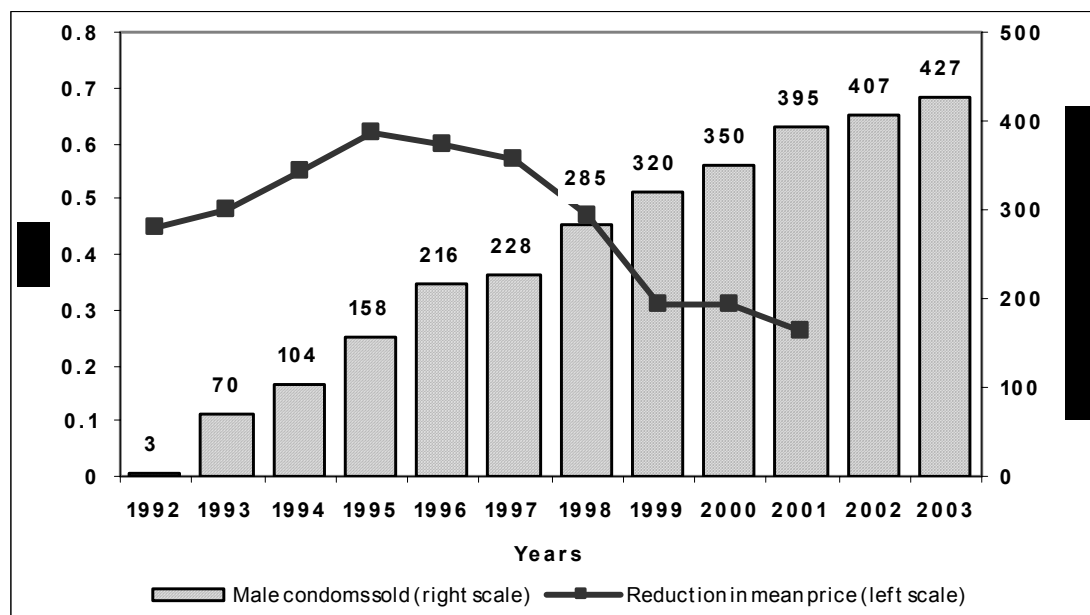
4.22 A sobrevida após o diagnóstico de AIDS teve crescimento muito acentuado, passando de uma média de 5 meses, em 1989, para 58 meses em 1997, com incremento continuado (Marins et al, 2003 e Chequer et al, 1992). Desde o advento da HAART, o número de internações por pacientes com AIDS em hospitais caiu de 1.7 por ano, em 1996, para 0.28 por ano em 2001 (dados do SUS). A experiência brasileira com HAART replica o que tem sido visto em países desenvolvidos em todo o mundo – uma vez que o tratamento esteja amplamente disponível, a AIDS se torna, em grande medida, uma doença que não requer hospitalização, e as taxas de hospitalizações, particularmente as devidas a infecções oportunistas mais comuns, decrescem marcadamente. As estatísticas do Ministério da Saúde mostram que, durante o período 1996-2002, a implementação da política de uso dos medicamentos ARVs no Brasil evitou (ou retardou) 58.000 novos casos de AIDS e 90.000 mortes devidas à doença. As hospitalizações foram reduzidas em 70%, com cerca de 358.000 admissões evitadas (1997-2001) e economias de recursos da ordem de US\$2.2 bilhões (pacientes hospitalizados e ambulatoriais) (Ver Tabela F-3, **Anexo F**). O número de casos de tuberculose em pacientes com HIV/AIDS caiu 71,8% durante esse mesmo período (estatísticas do Ministério da Saúde). Esses resultados são atribuíveis, em parte, ao sucesso do Brasil em reduzir os custos de terapias anti-retrovirais (ARTs), tanto através da criação de capacidade local de produção de algumas dessas drogas, quanto de rigorosas negociações com fabricantes internacionais para redução dos preços de outras drogas (Ver Tabela F-4, **Anexo F**, que mostra custos médios de ARTs entre 1996 e 2002). Esses resultados também podem ser atribuídos, em parte, a investimentos do AIDS II para melhorar e expandir serviços de tratamento e assistência, bem como a investimentos para o fortalecimento da rede de laboratórios.

4.23 ***Incorporando a experiência adquirida com a primeira operação, o AIDS II deu significativas contribuições para a contínua expansão e a bem-sucedida implementação de atividades de prevenção inovadoras e de última geração no Brasil.*** De 1998 a 2002, foram realizadas 20 campanhas de massa (3 vezes o número das realizadas durante o AIDS I), cobrindo diversos tópicos destinados ao público em geral e a audiências específicas. No período de vigência do AIDS II, foi implementado um número significativo de intervenções direcionadas para prevenir a transmissão entre grupos de alto risco, bem como entre grupos vulneráveis, incluindo caminhoneiros, pessoas encarceradas, populações indígenas, populações pobres e marginalizadas, adolescentes e mulheres. Durante o período 1999-2003, o AIDS II financiou 547 projetos que abrangeram 899.386 profissionais do sexo, 631 projetos alcançando 145.807 UDIs (correspondendo a 18,2% do tamanho estimado daquela população) e 486 projetos cobrindo 3.074.980 HSHs, alcançando, segundo reportado, uma cobertura de 96% daquela população. As taxas de cobertura requerem aperfeiçoamento e devem ser interpretadas com cautela. Esses números incluem tanto projetos do setor público, quanto os executados por ONGs (Ver Tabela F-

5, **Anexo F**). No conjunto, com o apoio do projeto, o volume de atividades de prevenção aumentou consideravelmente, tanto daquelas voltadas para a população em geral quanto das voltadas para grupos de alto risco. O trabalho de prevenção foi ampliado ainda mais, geograficamente e também em termos de intervenções intensificadas e novas voltadas para outros grupos de risco, incluindo, entre outros: populações rurais, pobres e indígenas, mulheres, pessoas encarceradas e crianças de rua. As discussões da Missão do DAO com pessoas de programas nacionais, estaduais e municipais e com representantes de ONGs, combinadas com visitas de campo realizadas pela Missão, revelaram que os programas de prevenção são prioritários e realizados com forte compromisso e esforços coordenados. O material de informação, educação e comunicação era abundante, apropriadamente dirigido para diferentes grupos-alvo, amplamente disseminado e facilmente disponível para outros que buscassem informação. Segundo a observação da Missão em Estados e locais de projetos visitados, o trabalho de prevenção está alicerçado em boas relações de confiança com os grupos-alvo, que muitas vezes participam do desenho, da implementação e do aprimoramento de intervenções. A esse respeito, o pessoal do programa e das ONGs, bem como os beneficiários de trabalhos de prevenção entrevistados, enfatizaram o sucesso do projeto em garantir respeito e legitimidade para grupos marginalizados e estigmatizados.

4.24 As agências do setor público que assumiram atividades de prevenção com apoio do projeto incluem: Ministério da Educação, Ministério da Justiça (Secretaria Especial de Direitos Humanos), Secretaria Nacional de Combate às Drogas e Ministério do Trabalho. A promoção de direitos humanos foi também realizada por agências do setor público e entidades do setor privado, incluindo capacitação, publicações, apoio direto e indireto a pessoas vivendo com HIV/AIDS e trabalho de *advocacy*, com participação ou apoio dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Gráfico 1. Vendas Anuais e Preços Unitários de Preservativos Masculinos no Brasil: 1992–2003



Fonte: Ministério da Saúde/Estatísticas do PNC.

4.25 O projeto adquiriu preservativos que foram disponibilizados para o público através de intervenções direcionadas, iniciativas de marketing social e distribuição através do Ministério da Saúde. O número de preservativos masculinos distribuídos através do Ministério da Saúde mais

que triplicou entre 2000 e 2003, passando de 77 milhões para 270 milhões, e o número vendido pelo setor comercial cresceu de 228.4 milhões, em 1997, para 427.1 milhões em 2003 (Ministério da Saúde/PNC, 2003). A Tabela 8 mostra que, nos períodos de implementação do AIDS I e II, a venda de preservativos cresceu significativamente e seu preço médio diminuiu. Essas tendências podem ser atribuídas, em parte, aos esforços feitos através desses projetos para aumentar a oferta e promover o uso de preservativos, bem como para reduzir os custos de preservativos para a população brasileira através de diversas medidas, incluindo redução de impostos e taxas. O projeto também apoiou pesquisa operacional que documentou altas taxas de aceitabilidade de preservativos femininos, especialmente entre homens e mulheres alcançados pelos serviços de saúde pública através de atividades de educação comunitária (Berquó et al, 1999). Os resultados desse estudo serviram para aperfeiçoar e ajustar os novos investimentos do projeto em distribuição, provisão, direcionamento e marketing social de preservativos femininos. Entre os grupos visados estão profissionais do sexo, mulheres HIV-positivas, usuárias de drogas e mulheres em risco de violência.

4.26 Embora uma pesquisa nacional sobre percepções e comportamento sexual tenha estabelecido dados de linha-de-base para 1998 (CEBRAP, 2000), a investigação não foi replicada no final do AIDS II, tornando difícil avaliar o impacto dessas atividades sobre os comportamentos daqueles grupos.²² No entanto, é plausível supor que atividades continuadas de prevenção apoiadas pelo AIDS II, que incorporaram a experiência adquirida através daquelas apoiadas pelo AIDS I, contribuíram para o sucesso do Brasil em manter sua taxa de prevalência abaixo de 1%, mantendo também a epidemia circunscrita a grupos de alto risco. Além disso, dados resultantes de estudos (abrangendo diversas populações, períodos e metodologias) certamente indicam que, durante a vida desse projeto, aumentou a consciência da doença e de como impedir sua transmissão, e que comportamentos mais saudáveis estão sendo adotados tanto pela população em geral, quanto por grupos de alto risco. Os diferentes estudos sobre comportamento apoiados pelo projeto não têm sido suficientemente sistemáticos ou uniformes em seu desenho e implementação. Assim, a maior parte deles apenas revela níveis para uma população em particular em uma área geográfica específica e durante um determinado período, tornando impossível inferir tendências ao longo do tempo no âmbito de grupos determinados ou comparar níveis entre regiões.

4.27 *Com relação à população em geral*, uma pesquisa populacional realizada em 2003 mostra o aumento significativo da proporção de pessoas que espontaneamente mencionam o uso de preservativos como um método de autoproteção, de 50%, em 1998, para 88,9%, em 2003 (CEBRAP, 2000 e MS/IBOPE, 2003). A proporção de recrutas militares sexualmente ativos que informaram ter usado preservativos em sua última relação sexual foi de 68%. em 2003, um ligeiro aumento relativo aos dados de 1998, que indicavam proporções de 51,2 no Norte e no Centro-Oeste, 66,6% no Sul e 67,7% no Rio e em São Paulo. Em seu relatório final sobre o AIDS II, o Ministério da Saúde informa que, entre 1998 e 2003, a percentagem da população em geral que informou usar preservativo em todas as relações sexuais caiu de 63,7 para 57,8% com parceiros casuais, e de 21,0 para 11,4% com parceiros antigos.²³

4.28 Uma pesquisa realizada nas escolas pelo Ministério da Saúde em 2001, com apoio da UNESCO, revelou que 70% das escolas realizaram atividades de prevenção com os alunos; 97% de todos os alunos tinham informações corretas sobre como a AIDS era transmitida; e 90% dos

22. Comentários do Governo (apresentados no Anexo G) notam que o PNC está encomendando uma pesquisa de follow-up, a ser realizada em 2004, para possibilitar o acompanhamento das mudanças a esse respeito.

23. O Ministério da Saúde adverte em seu relatório que essa tendência é questionável, no tanto em que o estudo anterior (CEBRAP, 1999) documentou comportamentos de uma população estritamente urbana (que, tipicamente, registra mais altas taxas de uso de preservativos) e a pesquisa de população de 2003 incluía populações tanto urbanas quanto rurais.

estudantes com vida sexual ativa tinham mudado seu comportamento relativo às DST e à AIDS após intensa exposição a atividades de prevenção promovidas pelas escolas. De acordo com as estatísticas do Ministério da Saúde, entre 1986 e 2003 o uso de preservativos na primeira relação sexual entre a população em geral cresceu de 4 para 5%. Uma pesquisa feita em 2003 revela que 65,2% das pessoas entre 14 e 19 anos de idade informaram ter usado preservativo em sua primeira relação sexual. O projeto também teve sucesso em aumentar a disponibilidade de preservativos no país e em diminuir seus custos para o público, passando de US\$0.57 por preservativo, em 1997, para US\$0.28 em 2001, devido, em grande parte, à redução e/ou eliminação de impostos e taxas (Gráfico 1).

4.29 *Intervenções direcionadas para grupos de alto risco* parecem ter tido algum impacto, como se pode concluir de estudos encomendados pelo projeto. Conforme detalhado no Anexo C, Tabela 2, esses dados devem ser interpretados com cautela, em função de questões de representatividade das amostras (constituídas, principalmente, de participantes do programa). Entre 1999 e 2001, o uso de preservativos entre UDIs cresceu de 42,1 para 62,9%, e a proporção de UDIs que já haviam feito algum teste de HIV cresceu de 52 para 66,4%. Além disso, o compartilhamento de agulhas e seringas entre esse grupo diminuiu no mesmo período, de 70 para 59,4% (UFMG/PNC). Um estudo de 3.000 profissionais do sexo conduzido em 2001 revelou que 73,8% desse grupo (composto de participantes do programa) usavam preservativos com seus clientes (versus 60% dos profissionais do sexo que não participavam do programa), mas apenas 23,9% deles usavam preservativos com seus parceiros regulares (não pagantes). Quase a metade dos profissionais do sexo estudados (49,2%) já tinham feito teste para HIV (UnB/PNC), versus 36% dos não participantes. Tendências referentes ao comportamento dos profissionais do sexo ao longo do tempo não estão disponíveis. Em 2001, era alto o uso de preservativos entre HSH: 81% com parceiros regulares, sendo mais alto ainda – 95% – com parceiros ocasionais (Projeto Bela Vista). Não existem dados de linha-de-base disponíveis para indicar níveis de uso de preservativos entre HSHs no começo do AIDS I ou AIDS II, tornando difícil avaliar tendências ao longo do tempo. São relatados percentuais significativos de testes entre HSHs: 73% dos homens entrevistados em áreas urbanas informaram terem sido testados em 2001 (Projeto Bela Vista).

4.30 ***O projeto não teve sucesso em fortalecer a capacidade de avaliação.*** Conforme detalhado abaixo, os esforços do projeto para desenvolver a vigilância comportamental e de HIV e fortalecer o monitoramento e a avaliação não culminaram no desenho e na implementação de sistemas adequados para acompanhar e avaliar o desempenho e o impacto do programa.

4.31 *Vigilância epidemiológica.* O projeto financiou treinamento, assistência técnica e supervisão para melhorar a vigilância de rotina de casos de AIDS e DSTs, incluindo o aprimoramento de definições de caso tanto para AIDS (pessoas com 13 anos ou mais e menores de 13 anos), quanto para sífilis congênita, e o aperfeiçoamento do Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (SINAN), gerenciado pelo Centro Nacional de Epidemiologia. O apoio do projeto para melhorar a vigilância de HIV incluiu apoio técnico e supervisão dos locais de vigilância-sentinelas, que monitoram a prevalência de HIV em serviços de saúde (clínicas obstétricas, pronto-socorros e clínicas de DST). O AIDS II também financiou o desenho e a aplicação de um instrumento e método (e sua incorporação ao SINAN) para orientar a vigilância de mulheres HIV positivas e recém-nascidos expostos ao contágio. Além disso, o projeto apoiou treinamento e assistência técnica em vigilância epidemiológica, destinados tanto a profissionais responsáveis pela vigilância do HIV e das DSTs, quanto a pessoal trabalhando em CTAs. Diversos estudos foram também financiados pelo projeto para suplementar dados e informações sobre a prevalência de HIV, DST e Hepatite B, e sobre os comportamentos relativos a diferentes populações.

4.32 A vigilância da AIDS está bem implantada, mas a vigilância e a incidência de HIV é que são importantes para medir e acompanhar a evolução da epidemia e medir o impacto de projetos. Embora o sistema de vigilância do HIV no Brasil tenha sido fortalecido com este projeto, ele ainda está longe de ser um sistema totalmente funcional, capaz de gerar um fluxo contínuo de dados confiáveis e representativos que permitam o monitoramento da epidemia à medida que ela se desdobra por diferentes áreas do país e entre diferentes grupos da população. Durante os anos 1997-99, dados de vigilância-sentinela foram reportados duas vezes por ano sobre os três tipos de locais-sentinela: clínicas obstétricas, pronto-socorros e clínicas de DST. O número de locais que produziram informações flutuou entre um e outro relatório, tornando difícil interpretar os dados e também dificultando a determinação do número de locais-sentinela de fato operativos. Em outubro de 1999, foram recebidos relatórios de 39 clínicas de DST, 64 clínicas obstétricas e 46 pronto-socorros. Testes de HIV foram feitos em pacientes escolhidos aleatoriamente nessas clínicas, produzindo estatísticas semestrais sobre cerca de 7.000 pacientes com DST, 12.000 mulheres grávidas e 8.600 pacientes de pronto-socorros em todo o país. Em 2000, o Brasil introduziu mudanças significativas em seu sistema de vigilância, porque se percebeu que hospitais que eram locais de vigilância tinham se transformado em centros de referência para HIV/AIDS e, portanto, estavam gerando estimativas tendenciosas. O sistema brasileiro de vigilância agora seleciona uma amostra aleatória distinta de 150 hospitais-maternidades onde ocorrem mais de 500 partos por ano para testar mulheres dando a luz nesses hospitais, a fim de obter uma avaliação mais representativa da prevalência de HIV. Uma outra amostra aleatória de hospitais, que pode incluir alguns daqueles mesmos hospitais, é usada em cada avaliação. Foram feitas apenas duas avaliações desde essa mudança: uma em 2000, com dados de 128 hospitais-maternidade (15.426 mulheres grávidas testadas) e de 25 clínicas de DST (4.636 pacientes com DST testados), e outra em 2003, para a qual os dados ainda não estão disponíveis. Posteriormente, o programa decidiu abandonar as clínicas-sentinela de DST, pois a qualidade dos dados desses locais foi considerada muito pouco confiável. O Brasil optou por avaliações de vigilância menos frequentes porque é muito dispendioso realizá-las a cada ano. Apenas a metade dos recursos do projeto alocados para vigilância no AIDS II foi usada para esse fim.

4.33 No encerramento do AIDS II, a vigilância ainda está limitada a mulheres grávidas e a recrutas militares (estes, através de pesquisas anuais).²⁴ Dados sobre mulheres grávidas para o período de 1997 a 1999 são difíceis de interpretar, na medida em que o número de locais que reportavam informações flutuava de um ano para o outro. A metodologia para monitoramento de HIV entre mulheres grávidas mudou em 2000, tornando difícil inferir tendências do fluxo de dados de 1997-99, e a mensuração não tem sido feita com a frequência necessária desde 2000. Nenhuma vigilância de rotina de mulheres grávidas foi realizada durante 2001 e 2002. Na data em que este relatório (PPAR) foi produzido, dados da pesquisa de vigilância desse grupo para o ano 2003 ainda não estavam disponíveis. A Tabela F-5 do **Anexo F** apresenta o resumo do relatório sobre os esforços de vigilância do HIV no Brasil, de 1997 até 2000. Os grupos de alta prioridade e risco elevado, que estão entre os principais focos dos esforços de prevenção (HSH, UDIs, profissionais do sexo), não estão sistematicamente incluídos em esforços rotineiros de vigilância-sentinela de HIV. Com apoio do projeto, foram feitos estudos especiais sobre HIV entre esses grupos para suplementar os dados do sistema de sentinela, mas tais estudos carecem de uma metodologia sistemática que teria permitido evidenciar tendências ao longo do tempo ou proceder a análises inter-regionais. Com apoio do CDC, o PNC iniciou esforços, em 1998, para

24. Esses dados estão sendo suplementados agora por um sistema de informação criado para apoiar a notificação rotineira de dados epidemiológicos e comportamentais relativos a clientes do CTA pela rede de CTAs.

fortalecer sua capacidade de estimar a incidência de HIV baseado em estudos *cross-section* de prevalência.²⁵

4.34 Apesar do apoio do projeto, persistem as questões de vigilância de DST, identificadas no AIDS I e II: os casos de DSTs são consideravelmente subnotificados, os dados provêm principalmente de clínicas e representam apenas aqueles que buscam os serviços, em vez de a população em geral ou grupos-alvo específicos. A abordagem sindrômica para o tratamento das DST²⁶ também compromete a acurácia das notificações. A validade incerta das notificações de DST no Brasil faz com que esse seja um indicador deficiente das tendências comportamentais e uma variável substituta (proxi) altamente imprecisa para avaliar tendências de HIV.

4.35 *Vigilância de Comportamento.* Com exceção das pesquisas anuais com recrutas militares, não há nenhum sistema de vigilância no Brasil para coletar dados rotineiramente sobre os comportamentos de segmentos da população em geral ou de grupos de alto risco. O AIDS II apoiou a implantação de baseline data para 1998 sobre informação e comportamento sexual (SEBRAP 2000) No entanto, a pesquisa não foi repetida no final do AIDS II, de modo a documentar tendências em informação e comportamento. O PNC indicou à Missão que aquela pesquisa será repetida em 2004, tanto para atualizar dados quanto para fornecer uma linha de base para o AIDS III. Na ausência de um sistema viável para avaliar o desempenho e o impacto do programa, os numerosos estudos e supervisões financiados pelo projeto e realizados por uma multiplicidade de atores abrangeram tamanha variedade de metodologias, indicadores, áreas geográficas, populações, implementadores e períodos de tempo, que se torna virtualmente impossível fazer a consolidação dos mesmos impedindo assim, a produção de um panorama coerente sobre o desempenho do programa ou sobre o seu impacto no comportamento.

4.36 *Pesquisa.* Incorporando a experiência adquirida com o apoio iniciado com o primeiro empréstimo, o AIDS II financiou pesquisas clínicas e tecnológicas através de um processo competitivo. Propostas de pesquisa foram amplamente solicitadas de uma variedade de instituições públicas e privadas qualificadas, e depois avaliadas e aprovadas por um Comitê Nacional de Pesquisa. De 31 propostas de pesquisa aprovadas, apenas duas se referiam à prevalência de DST e apenas uma à economia da saúde, simplesmente porque apenas algumas poucas foram apresentadas. A distribuição regional das propostas aprovadas foi a seguinte: 45% para o Sudeste, 26% para o Sul, 13% para o Nordeste, 10% para o Centro-Oeste e 1% para o Norte. Não havia nenhuma informação disponível, na data em que estava sendo escrito este relatório, sobre a lista completa de pesquisas financiadas pelo AIDS II, sobre os principais resultados dessas pesquisas, sobre se os resultados foram aplicados para melhorar o desempenho e a eficácia do programa e, em caso afirmativo, como isso foi feito.

4.37 *Monitoramento e Avaliação.* Em sua maior parte, o projeto financiou as atividades visadas no desenho desse subcomponente, incluindo a supervisão de atividades de Estados, municípios e ONGs, a realização de inúmeros estudos específicos, avaliações de determinadas atividades, agências executoras e grupos-alvo, e o relatório anual de desempenho do projeto. No entanto, inúmeras omissões importantes constituíram obstáculos à obtenção da meta de monitorar e avaliar sistematicamente o desempenho e o impacto do projeto. Primeiro, a consolidação de

25. Este apoio envolve a aplicação da estratégia de Algoritmo de Testagem Sorológica para Identificação de Soroconvertidores Recentes pelo HIV (STARHS), desenvolvida pelo CDC, que permite determinar se pessoas reportando novos casos de HIV estavam infectadas no ano anterior.

26. A abordagem sindrômica para monitoramento de pacientes com DST baseia o diagnóstico em um grupo de sintomas e trata todas as doenças que poderiam causar aquela síndrome. Essa abordagem é recomendada pela OMS no contexto dos países em desenvolvimento, já que permite diagnósticos mais acurados sem testes de laboratório exaustivos e também permite o tratamento a uma única consulta.

indicadores e a preparação de um plano de M&A não foram realizados até quase o final do projeto. Segundo, além de toda a falta de dados de linha-de-base e de dados sobre tendências de HIV e comportamentos notada acima, ainda são incompletos os dados (nos níveis nacional e local) sobre os tamanhos das populações visadas pelas intervenções do programa e sobre tendências na cobertura efetiva dessas populações. Estudos de linha-de-base foram considerados pelo projeto, mas não foram realizados.

4.38 A preparação de Planos Operativos de Ação (POAs) para HIV/AIDS nos Estados e municípios encorajou as equipes das coordenações locais de HIV/AIDS a estabelecer alguns dados de linha-de-base e definir metas anuais como parte de seu processo de planejamento. No entanto, esses planos não foram adequadamente monitorados ou avaliados, por uma série de razões. Entre essas, se destacam a falta de capacidade de M&A, tanto no PNC quanto entre as equipes estaduais e municipais, e o fato de que esses planos, além de terem uma orientação impulsionada pela oferta, também são de natureza administrativa, recebendo tratamento correspondente. Após diversas tentativas fracassadas, foi iniciado, quase no final do AIDS II, um plano para o desenho e implementação de um sistema de M&A, no contexto de preparação do AIDS III, com apoio técnico e financeiro do Banco, do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e de outros parceiros. Da mesma forma, a implantação de uma unidade de M&A no PNC, o recrutamento de especialistas em M&A para realizar essas funções nos níveis nacional e estadual, a provisão de assistência técnica especializada e o desenho de treinamentos básicos no serviço foram todos iniciados apenas recentemente, com apoio do CDC e no contexto de preparação do AIDS III. Até o momento, a maior parte do pessoal nos níveis descentralizados do programa não tinha capacitação adequada para levar adiante atividades efetivas de M&A, e não havia tempo disponível para assumir novas tarefas.

4.39 Entrevistas com pessoal de coordenação nos Estados e municípios, e outras com ONGs, indicaram uma demanda muito grande por melhor monitoramento e avaliação, de modo a atender a seu desejo de conhecimento e melhorar a efetividade e o impacto de seus esforços. Relatos da supervisão feita pela equipe do Banco durante os últimos meses de implementação do projeto também notam a forte ênfase dada pelo Governo iniciado em 2003 à demonstração de resultados, o que fornece incentivos à unidade central para implantar um bom sistema de M&A e para caminhar na direção de uma cultura de uso de dados para a tomada de decisões.

4.40 ***O projeto teve sucesso em melhorar a sustentabilidade do programa através da devolução de algumas responsabilidades para Estados e municípios.*** Isso foi feito através de treinamento continuado, apoio técnico e supervisão das unidades de coordenação estaduais e municipais para melhorar sua capacidade de desenhar e implementar planos de ação locais, e de fazê-lo com sucesso. Aproximadamente, 27.500 profissionais multidisciplinares nas áreas da saúde e educação foram beneficiados com treinamentos sobre HIV/AIDS, realizados através de uma rede de universidades, centros de treinamento profissional, ONGs e outras instituições educacionais. O treinamento abrangeu a criação de diversos tipos de habilidades requeridas para o desenho e a execução de atividades de prevenção e tratamento e para a gestão de programas. Mecanismos de transferência fundo a fundo, descritos acima, garantem financiamento continuado para programas estaduais e municipais de HIV/AIDS e fortalecem o interesse e o apoio do Governo através de esquemas de co-financiamento. O processo de apresentação e seleção de subprojetos pelas ONGs também foi gradualmente descentralizado para oito Estados no AIDS II, junto com a responsabilidade de supervisionar esses projetos. Dez por cento do financiamento transferido através do mecanismo fundo a fundo estarão vinculados para ONGs. É provável que essas ações sejam sustentáveis, dado que estão coerentes com a política de descentralização, mas terão que continuar a receber apoio com esforços de criação de capacidade para garantir o sucesso das entidades locais no desempenho de suas novas responsabilidades decorrentes da descentralização. Entrevistas com atores estaduais e municipais, tanto privados quanto públicos,

indicam que seus esforços de mitigação da AIDS têm sido crescentemente integrados no esforço geral do Governo de redução da pobreza, especialmente nos níveis descentralizados, mas que ainda são requeridos esforços concertados para melhorar a interface das atividades e prioridades com os programas locais de assistência social.

4.41 **O projeto não alcançou o objetivo de identificar as intervenções com maior custo-efetividade.** Não foi feita nenhuma pesquisa para avaliar a relação custo-efetividade das atividades de prevenção. Foram realizadas algumas análises dos custos e resultados do programa brasileiro de tratamento e assistência, que revelaram aumento substancial de sobrevivência após diagnóstico de AIDS, reduções da mortalidade, morbidade, hospitalizações e taxas de infecções oportunistas, bem como marcantes melhorias dos indicadores de qualidade de vida. Isso está de acordo com o que tem sido observado em países desenvolvidos.

5. Classificações

5.1 **Resultado.** Tanto o AIDS I quanto o AIDS II obtiveram resultados que podem ser considerados satisfatórios, em termos gerais. Os parágrafos abaixo explicitam seus componentes de relevância, eficácia e efetividade.

5.2 **Relevância.** A relevância tanto do AIDS I quanto do AIDS II é classificada como **substancial**. A última Estratégia de Assistência do Banco para o Brasil (EAP), de 6 de março de 2000, apóia o objetivo do Governo de aliviar a pobreza e inclui serviços de saúde para os pobres como uma intervenção crucial orientada para esse propósito. Embora não mencionada especificamente nas EAPs anteriores, a luta contra o HIV/AIDS recebe proeminência crescente na atualização mais recente da EAS (20 de maio de 2002). É apresentada como uma das sete Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), vigorosamente assumida tanto pelo Governo do Brasil quanto pelo Banco, e consistente com sua agenda comum de alívio da pobreza. Como tal, metas para a prevenção e o controle de HIV/AIDS, bem como para as outras MDMs, foram especificadas na nova EAS, aprovada em dezembro de 2003. Embora os projetos tenham feito esforços consideráveis para estender sua cobertura dos serviços de prevenção e assistência para populações prioritárias emergentes e para todas as regiões, permanecem modestos os esforços direcionados para as mulheres, e as regiões Norte e Nordeste receberam menor apoio per capita em comparação com as outras (ver Tabelas F-7 e F-8 no **Anexo F**).

5.3 **Eficácia.** Com base na avaliação de desempenho do projeto por objetivos, apresentada na Seção 4, a eficácia global de cada um dos dois projetos é classificada como **substancial**. Eles tiveram sucesso em melhorar e expandir as atividades de prevenção, mantendo, ao mesmo tempo, um foco sobre grupos de alto risco através de intervenções de prevenção de última geração. Os dois projetos resultaram na considerável extensão de uma rede de serviços voluntários de aconselhamento e teste e de serviços de tratamento e assistência (com uma mudança substancial para serviços de baixo custo para pacientes de ambulatorios), bem como no desenvolvimento de uma infra-estrutura laboratorial de crucial importância para apoiar o programa de tratamento.

5.4 A capacidade de pesquisa foi utilizada e fortalecida com a assistência do projeto, mas as pesquisas financiadas não responderam aos objetivos de documentar a relação custo-efetividade e o impacto de várias intervenções. Embora a vigilância de HIV entre mulheres grávidas tenha melhorado com a implantação de locais de vigilância, com treinamento e apoio adequados, ainda faltam dados sobre tendências do HIV entre grupos de alto risco visados pelo projeto. As dinâmicas de padrões comportamentais entre grupos de alto risco e entre a população em geral não são conhecidas, pois estudos múltiplos, usando múltiplas metodologias, cortes temporais e

indicadores não se prestam para comparações ou documentação de tendências. A ênfase do projeto no monitoramento e na avaliação falhou. Finalmente, a implantação de Unidades de Coordenação nos níveis estadual e municipal e de um sistema de transferência de apoio financeiro baseado em planos de operação anuais resultou em significativos progressos na direção de aumentar as capacidades e alcançar a sustentabilidade do programa.

5.5 **Eficiência.** A eficiência do AIDS I e do AIDS II foi **substancial**. O desenho do projeto apoiou o Governo na provisão de bens públicos (vigilância epidemiológica e comportamental, pesquisa, monitoramento e avaliação), nas intervenções visando mudanças comportamentais com foco nos grupos vulneráveis de alto risco, e em ações precoces e preventivas nas áreas onde a doença não está disseminada, para evitar uma epidemia. Tudo isso é consistente com a eficiência, tanto em termos epidemiológicos quanto de economia pública (Banco Mundial, 1997). Os dois projetos também apoiaram a melhoria do acesso de pacientes a cuidados de saúde com maior custo-efetividade, através do desenvolvimento de serviços alternativos de baixo custo para pacientes internados e ambulatoriais, e a completa integração desses serviços ao SUS. O projeto poderia ter estendido a cobertura de atividades de prevenção para grupos de alto risco em regiões geográficas com baixa prevalência, de modo a refletir a boa prática de desenvolver intervenções precoces, mantendo a prevalência em níveis reduzidos. Os arranjos institucionais para os projetos (e o programa nacional) foram eficientes como um todo, na medida em que se beneficiaram significativamente das vantagens comparativas dos múltiplos parceiros na luta contra o HIV/AIDS. A complementaridade entre os papéis do setor público e as contribuições do setor privado é muito forte. A devolução de responsabilidades pelos programas aos níveis estadual e municipal ainda está em andamento, mas vem tomando uma direção que levará ao uso mais eficiente de vantagens comparativas dos vários níveis, em sincronia com os esforços globais de descentralização. Em vista disso, há espaço para reduzir o tamanho do PNC e para aumentar a provisão de pessoal nas unidades locais.

5.6 **Impacto sobre o desenvolvimento institucional.** O impacto sobre o desenvolvimento institucional de ambos os projetos é classificado como **substancial**. Os projetos apoiaram melhorias na capacidade técnica e gerencial do PNC para aumentar sua liderança, *advocacy* e seus esforços de coordenação, bem como seu empenho continuado de desenvolver e implementar intervenções de última geração para prevenção, tratamento e assistência, e de implantar amplas iniciativas de criação de capacidade. O desenho e as condicionalidades do AIDS I contribuíram significativamente para o desenvolvimento de capacidades estaduais e municipais para preparar, negociar e implementar planos operacionais no nível local. O AIDS II fortaleceu, consolidou e ampliou essa capacidade. A experiência bem sucedida dos dois projetos está sendo institucionalizada através de uma portaria preparada pelo PNC e assinada pelo Ministro da Saúde, em dezembro de 2002, criando um mecanismo de transferência fundo a fundo para qualificar Estados e municípios afetados pela epidemia.

5.7 No todo, os projetos deram significativa contribuição para a habilidade do Brasil de efetivamente mobilizar e utilizar recursos humanos e financeiros para alcançar os objetivos nacionais de combater as DSTs e o HIV/AIDS. O financiamento da assistência técnica e de pessoal especializado, contratado pelos dois projetos, suplementou a capacidade do PNC, habilitando-o a montar e coordenar um programa ambicioso. Os dois projetos estimularam e alimentaram parcerias público-privadas, tornando disponíveis financiamentos para o PNC contratar ONGs e organizações de base comunitária para executar componentes críticos do Programa Nacional, de acordo com suas vantagens comparativas. Esse arranjo foi institucionalizado e reforçado através da criação de capacidades nas ONGs e OBCs para elaboração de propostas e contratos. Essas atividades de capacitação foram fornecidas pelo PNC e financiadas pelos dois projetos, e estão sendo crescentemente descentralizadas para Estados e municípios. Há esforços em andamento para consolidar o quadro de pessoal do PNC e fortalecer

os quadros das Unidades de Coordenação estaduais e municipais para que possam atender ao aumento de responsabilidades resultante da descentralização do programa e operar o novo mecanismo de transferências fundo a fundo para HIV/AIDS.

5.8 Sustentabilidade. Tanto o AIDS I quanto o AIDS II **têm chance** de serem sustentáveis. As perspectivas de sustentabilidade financeira dos investimentos do projeto melhoraram consideravelmente desde o desenho do AIDS I, devido a (a) consideráveis reduções nos custos de assistência e tratamento, como consequência (i) da implantação de assistência de menor custo para pacientes internados e pacientes de ambulatorios e (ii) de esforços da parte do Governo para reduzir os custos de medicamentos ARVs; e (b) significativos investimentos em esforços de prevenção que podem ter reduzido o ritmo de expansão das infecções e, portanto, o universo daqueles que requerem assistência e tratamento. No entanto, esses bons resultados não eliminam a necessidade de continuar os esforços para conter custos, para perseguir a eficiência na alocação e implementação e garantir financiamento adequado. A devolução de responsabilidades pelo programa aos Estados e municípios fortalecerá a sustentabilidade, tanto da perspectiva institucional quanto da financeira (custos compartilhados). Com a importante exceção de monitoramento e avaliação, a capacidade de recuperação técnica e econômica do programa é grande e deverá se manter, dada a grande competência e a forte liderança existentes. O programa tem recebido grande apoio popular e do Governo já há 10 anos e, em decorrência disso, tem sido apoiado e seu orçamento protegido de choques econômicos e mudanças de liderança (incluindo mudanças de Ministros da Saúde e de Presidentes). Fortes representações de interesses políticos e o mandato constitucional de acesso universal a ARTs fornecem sólidas garantias para a continuada sustentabilidade do programa de tratamento, em particular. Muitas das ONGs trabalhando com HIV/AIDS no Brasil, talvez a maior parte delas, têm-se apoiado pesadamente nas transferências do PNC para financiar seus projetos. Haverá necessidade continuada das contribuições críticas das ONGs para o controle do HIV/AIDS e, portanto, de contínuo financiamento público para contratá-las.

5.9 Desempenho do Banco. *No que se refere aos desenhos dos dois projetos*, o desempenho do Banco foi **satisfatório**. A qualidade no início de cada projeto foi adequada. Os desenhos dos projetos foram técnica e economicamente sólidos, e estratégicos em seu foco. Primeiro, eles foram desenhados para apoiar o Governo em dois esforços cruciais: garantir que os elementos de bens públicos do programa continuassem a receber prioridade máxima (atividades de prevenção direcionadas, pesquisa, vigilância, monitoramento e avaliação), e fortalecer as atividades de assistência e tratamento através de estudos e investimentos que orientassem a contenção de custos dos serviços e a melhoria de sua qualidade e eficácia. Segundo, o financiamento do Banco foi concebido para estimular inovações e reforma, particularmente: (i) o uso de recursos públicos para financiar contratos com entidades da sociedade civil que pudessem implementar atividades relacionadas com o HIV/AIDS e (ii) a implantação de Unidades de Coordenação estaduais e municipais e a transferência de financiamento para essas entidades para implementar acordos de programas de trabalho preparados por entidades locais. A preparação foi realizada em um contexto no qual o Governo assumiu integralmente o programa, e o processo mobilizou insumos e pontos de vista de múltiplos interessados. Os desenhos dos dois projetos enfatizaram a importância de dados de linha-de-base, de monitoramento e de avaliação, mas esses aspectos não foram suficientemente perseguidos durante a implementação. Deveriam ter sido dados mais apoio e orientação aos níveis técnicos mais elevados para o desenho de um sistema e um plano de M&A, e deveriam ter sido realizadas pesquisas para estabelecer dados de linha-de-base epidemiológicos e comportamentais durante as fases de preparação e lançamento do projeto, a fim de aumentar sua capacidade de implementação e preparar o cenário para o estabelecimento de metas e seu monitoramento.

5.10 *O desempenho do Banco durante a implementação do AIDS I* foi misto, mas **insatisfatório**. Apenas quatro missões completas de supervisão foram realizadas durante os quatro anos de implementação²⁷, cumprindo apenas metade da norma estabelecida pelo Banco, de duas supervisões por ano; além disso, a supervisão realizada não foi suficientemente rigorosa. Nenhum dos três pontos fracos no desempenho do projeto identificadas nesta avaliação (M&A inadequados, sistema de vigilância fraco, e ausência de análises das relações custo-efetividade de atividades, para que pudessem servir de base para futuras estratégias e futuras decisões de alocação de recursos) foi adequadamente tratado. Os relatórios do Banco e trocas de comunicações de acompanhamento com o Governo, no início do projeto, revelam forte ênfase em desembolso e aquisição e não consideram a importância de criar dados de linha-de-base para M&A. Foi apenas em 1997, um ano antes do encerramento do projeto, que o Banco mencionou pela primeira vez, em uma carta rotineira de acompanhamento para o Governo, a necessidade de realizar atividades de avaliação durante os 12 meses restantes. A revisão intermediária realizada pelo Banco não foi plenamente explorada como uma oportunidade para renovar o foco sobre os objetivos de desenvolvimento originais do projeto e para reconhecer e corrigir o fraco desempenho nas áreas de vigilância, monitoramento, avaliação e análise de custo-efetividade. O relatório da revisão intermediária recomendou que o Governo consolidasse indicadores e preparasse um plano de avaliação (uma recomendação também encontrada em relatórios de supervisão anteriores). Apesar dessas limitações, as missões de supervisão produziram monitoramento técnico e sugestões bem fundamentadas quanto a manter a ênfase em atividades de prevenção, especialmente para grupos de alto risco, e a aprimorar o conteúdo e a cobertura de intervenções de prevenção e tratamento/assistência.

5.11 *O desempenho do Banco durante a supervisão do AIDS II* também foi misto, mas, de modo geral, **satisfatório**. Durante os quatro anos e quatro meses da vida do projeto, foram realizadas sete missões de supervisão, numa média de uma a cada sete meses, em consonância com os coeficientes do Banco. Na sua maior parte, as supervisões foram equilibradas, proativas e específicas ao identificar questões e recomendar soluções para os problemas. Entre outras recomendações (sobre questões de qualidade técnica e cobertura/equidade), foram apontadas persistentes fragilidades na vigilância e no monitoramento e avaliação, e orientações específicas foram dadas durante todas as supervisões, tanto através de aide-mémoires quanto de relatórios internos. A revisão intermediária deu ênfase específica às questões de identificação das intervenções de prevenção com maior custo-efetividade, fortalecimento da capacidade de M&A e fortalecimento da vigilância epidemiológica, e forneceu orientação operacional para todos esses pontos. No entanto, dados de linha-de-base nunca chegaram a ser definidos, e nem a cobertura do programa foi documentada ou monitorada. Houve um avanço quanto ao esforço de monitoramento e avaliação durante o último ano do projeto, e isso pode ser atribuído, em grande parte, à alavancagem que representou a preparação do AIDS III. As equipes das missões incluíram consultores epidemiologistas que prepararam relatórios técnicos com orientações sobre a natureza das melhorias necessárias. No entanto, o aconselhamento técnico foi insuficiente, e houve pouco rigor na criação de um programa essencial de HIV e vigilância comportamental da população em geral e de grupos de alto risco, sem o qual não é possível documentar tendências e fazer o acompanhamento do desempenho e impacto do programa. Apesar do insatisfatório desempenho no monitoramento e na avaliação, esses elementos do projeto foram classificados como satisfatórios ao longo de toda a implementação; o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento também recebeu a mesma classificação. Se a gestão do projeto tivesse

27. Embora dados do Banco sobre o AIDS I registrem nove missões de supervisão, uma revisão dos relatórios sobre status do projeto, cotejando-os com documentos do arquivo do projeto, mostra que houve apenas quatro missões de supervisão completas, respectivamente em 17/6/94, 16/6/95, 26/9/96 e 21/5/97. As demais foram missões pequenas, muitas vezes compostas de uma única pessoa indo ao Brasil por um outro motivo e enviada para, em uns poucos dias, obter uma impressão geral do desempenho do projeto nas áreas de sua especialidade (por exemplo, aquisições, ou informação, educação e comunicação).

classificado os componentes como insatisfatórios, esforços adicionais poderiam ter sido alavancados, onde fosse o caso, para retificar os aspectos mais frágeis do desempenho.

5.12 Desempenho do tomador. O desempenho do tomador no AIDS I foi, de modo geral, **satisfatório**. Durante o desenho do AIDS I, o comprometimento do tomador foi muito forte. Ele assumiu suas responsabilidades de realizar uma sólida preparação técnica e de garantir a participação de uma série de interessados relevantes, abrangendo agências federais-chave, representantes de Estados e municípios e da comunidade de ONGs. O desempenho do tomador durante a implementação também foi satisfatório. As contrapartidas foram cumpridas. A gestão do programa e dos projetos foi bem provida de pessoal e muito eficiente, conforme evidenciado pelo seguinte: (a) o projeto foi executado dentro do tempo previsto; (b) a gestão financeira foi consistentemente satisfatória; e (c) o empréstimo foi totalmente desembolsado. Contratos com ONGs e transferências para Estados e municípios foram gerenciados e implementados de maneira satisfatória, embora pudesse ter sido mais cuidadosa a supervisão realizada por agências executoras. A maior parte das metas de implementação quantitativa do projeto foi alcançada ou excedida (número e direcionamento de projetos de prevenção, número de projetos executados por ONGs, número de novos serviços criados e/ou fortalecidos). No entanto, o desempenho do tomador deixou de atender às expectativas, falhando em avaliar o impacto do programa e de projetos e em determinar a relação custo-efetividade de diferentes intervenções de prevenção.

O desempenho do tomador no AIDS II variava, mas foi, de modo geral, **satisfatório**. Incorporando a experiência adquirida com o AIDS I, a *preparação* do projeto foi, no conjunto, tecnicamente sólida e participativa. No entanto, embora muitas lições relevantes extraídas das experiências com o AIDS I tenham sido incorporadas ao desenho do AIDS II, a análise feita pelo tomador foi insuficiente no que diz respeito às falhas mencionadas acima (monitoramento e avaliação, análise de custo-efetividade, e vigilância) e à determinação para levar em conta estas falhas e corrigi-los. O desempenho do tomador durante a *implementação* do AIDS II foi, no conjunto, satisfatório. Obrigações de financiamento de contrapartida foram cumpridas. O gerenciamento do projeto, a contratação de ONGs e as transferências para Estados e municípios continuaram a ser bem executados pelo tomador. A maior parte das metas quantitativas de implementação do projeto foi alcançada ou excedida nos três componentes. Infelizmente, as mesmas falhas do AIDS I persistiram no AIDS II: monitoramento e avaliação fracos; vigilância epidemiológica fraca e nenhuma vigilância sistemática de comportamento; e virtualmente nenhuma análise de custo-efetividade para embasar futuras definições de prioridades e critérios para alocação de recursos. Considerando a grande capacidade de realização de pesquisas e levantamentos existente no Brasil, abrangendo uma grande variedade de disciplinas (economia, epidemiologia e sociologia), é provável que essas falhas possam ser atribuídas à baixa prioridade dada pelo tomador a tais atividades em comparação com intervenções em prevenção, tratamento e assistência.

6. Achados e Lições

6.1 O fracasso em estabelecer dados de linha-de-base críticos sobre taxas de infecção por HIV e sobre comportamentos entre grupos de alto risco e na população em geral, e o fracasso em realizar vigilância de rotina para documentar tendências em HIV e nos comportamentos desses dois grupos tornam difícil traçar a evolução da epidemia ao longo do tempo e avaliar a efetividade e o impacto das intervenções do programa. Embora o Brasil tenha realizado muitas intervenções inovadoras e com relações custo-efetividade teoricamente mais favoráveis, faltam evidências dos custos reais, bem como da eficácia e do impacto dos esforços feitos. AIDS I e II tiveram sucesso limitado quanto ao fortalecimento da vigilância de infecção por HIV e de

comportamentos entre populações prioritárias. Isso reduziu a habilidade do Brasil de avaliar o impacto de seus esforços de prevenção sobre os comportamentos e sobre a epidemiologia da doença. Na ausência de sistemas totalmente operativos para monitoramento rotineiro de tendências epidemiológicas e comportamentais, o Brasil tem sido forçado a se valer de ferramentas indiretas (pesquisas e estudos tópicos, freqüentemente cobrindo diferentes populações, períodos e regiões geográficas) para conseguir uma avaliação do desempenho e do impacto do programa.

6.2 *Dados inadequados sobre o tamanho e a cobertura de populações-alvo para prevenção e para programas de tratamento, respectivamente, especialmente nos níveis estadual e local, reduzem a eficiência e a efetividade das intervenções sobre HIV/AIDS.* O tamanho e a cobertura de grupos de alto risco para prevenção não estão adequadamente documentados no Brasil, dificultando o estabelecimento de metas viáveis e a estimação do nível de esforços e recursos necessários para intervenções efetivas. Embora existam estimativas nacionais do tamanho das populações de HSH e UDI, elas são, no máximo, rudimentares, e não-significativas nos níveis estadual e local. Pesquisas de linha-de-base foram planejadas no início dos projetos, mas não chegaram a ser realizadas. Pela mesma razão, a cobertura e o acesso efetivos do programa de tratamento (que indicariam uma proporção de pessoas elegíveis para receber ARVs) não são conhecidos. Pesquisas básicas, promoção de serviços voluntários de aconselhamento e testagem, melhor alcance e integração de intervenções relacionadas a HIV/AIDS com outros serviços de saúde têm importância crítica quanto a esse aspecto.

6.3 *Esforços de prevenção mais precoces, rigorosos e sustentados provavelmente conseguirão manter reduzidos os contingentes de pacientes com HIV e AIDS, relativamente ao contrafactual, reduzindo o peso sobre o sistema de saúde do país e tornando o tratamento e a assistência mais factíveis e viáveis.* Dados disponíveis (embora limitados) indicam ser plausível que atividades de prevenção realizadas ao longo dos últimos 15 anos no Brasil possam ter contribuído para conter as taxas de infecção por HIV e o número de novos casos de AIDS, evitando, assim, um cenário de disseminação mais rápida e a passagem para uma epidemia generalizada. Acima de tudo, o sucesso em evitar as devastadoras conseqüências do HIV/AIDS sobre indivíduos, famílias, comunidades e sobre as perspectivas de desenvolvimento do país, bem como o número de infecções por HIV e de casos de AIDS evitados (conforme refletido na incidência declinante), têm reduzido significativamente os custos e desafios de prover tratamento e assistência com os níveis adequados de qualidade e cobertura. Em termos simples, a continuação do sucesso e da acessibilidade do programa brasileiro de tratamento e assistência depende, criticamente, do sucesso que ele venha a alcançar em seus esforços de prevenção.

6.4 *As ONGs têm um papel crucial a desempenhar na luta contra o HIV/AIDS.* No Brasil, as ONGs têm mostrado alta efetividade em seus esforços para alcançar os grupos estigmatizados e marginalizados, disponibilizando para eles serviços de prevenção e assistência. Com relação a esses aspectos, essas organizações têm maiores vantagens comparativas vis-à-vis os serviços públicos. Suas populações-alvo são os três grupos de mais alto risco priorizados pelo programa de prevenção: HSH, UDIs e profissionais do sexo. Elas também têm demonstrado sua efetividade em servir como uma interface entre os grupos vulneráveis, tais como os pobres e mulheres, e os serviços públicos, visando melhorar o acesso e a utilização. Além dessas ações, as ONGs continuam a fazer trabalhos de *advocacy*.

6.5 *Ainda que financiando uma parcela relativamente modesta dos custos totais de um bem-estabelecido programa, o apoio do Banco para esforços de controle do HIV/AIDS pode dar significativas contribuições para a expansão do programa e a criação de capacidades quando seus recursos são estrategicamente alocados.* Embora o apoio financeiro fornecido através do AIDS I e AIDS II tenha representado, respectivamente, apenas cerca de 30% e 10%

dos gastos nacionais totais com DSTs e HIV/AIDS durante seus períodos de implementação, esse apoio foi canalizado para os componentes de maior custo-efetividade, tal como indicado por evidências obtidas sobre experiências internacionais até agora avaliadas (Banco Mundial, 1997). AIDS I e II destinaram significativo apoio financeiro e técnico para o desenho e a execução de atividades de prevenção, incluindo intervenções inovadoras, de última geração, visando alterar o comportamento de grupos de alto risco, bem como para a expansão e promoção de serviços de aconselhamento e teste. O apoio do Banco para a melhoria e expansão dos serviços de tratamento e assistência foi seletivo e estratégico, enfocando a implantação de alternativas mais baratas – inclusive uma mudança crescente para assistência ambulatorial – e a melhoria da qualidade dos serviços, através da maior capacitação dos provedores e da rede de laboratórios. Esses insumos, combinados com o sucesso do Brasil em reduzir significativamente os custos de ARVs, reduziram os custos de assistência e tratamento e melhoraram a qualidade desses serviços.

6.6 *O apoio do Banco pode trazer legitimidade e alavancagem para atividades controvertidas e para segmentos estigmatizados da sociedade.* A orientação estratégica da assistência do Banco: (a) forneceu alavancagem para mobilizar recursos nacionais adicionais para atividades de HIV/AIDS em todos os níveis de governo, especialmente para intervenções de prevenção controvertidas, tais como os programas de troca de seringas; e (b) tem sido instrumental para garantir respeito e legitimidade para grupos marginalizados ou estigmatizados que eram tanto implementadores quanto beneficiários do apoio do Banco (como, por exemplo, profissionais do sexo, pessoas encarceradas, pessoas trans-sexuais, HSH, UDIs, pessoas vivendo com HIV/AIDS, e seus defensores).

6.7 *Um programa de pesquisa pontual e não coordenado em sua concepção provavelmente gerará um grande volume de informações e dados que serão difíceis de interpretar e usar para avaliar e aperfeiçoar o desempenho e o impacto do programa.* Embora o programa de pesquisa no Brasil tenha produzido considerável quantidade de informações e dados, não tem sido possível inferir tendências da epidemia e dos comportamentos e nem compreender melhor outros aspectos relacionados ao desempenho do programa. O programa de HIV/AIDS do Brasil teria sido beneficiado por um plano diretor de pesquisa concebido, desde o início, para apoiar seus objetivos estratégicos, tanto na escolha e priorização de tópicos para estudos e pesquisa operacional, quanto na padronização de uma metodologia que permitisse análises comparativas entre diferentes estudos e análises de tendências ao longo do tempo.

6.8 *O desenho do projeto e suas condicionalidades podem ter papel estratégico para iniciar e apoiar inovações institucionais capazes de expandir e usar mais plenamente as capacidades de implementação do projeto,* mais notadamente: (a) o uso de recursos públicos para propiciar maior estímulo e maior relevância à contratação de ONGs para trabalhar com prevenção e assistência/tratamento, em consonância com suas vantagens comparativas; (b) a criação de Unidades de Coordenação de HIV/AIDS e DST nos Estados e municípios, o financiamento de propostas de programas de trabalho desenvolvidos localmente e contratados entre as respectivas Unidades de Coordenação e o PNC, e o co-financiamento de custos de administração e insumos pelos governos locais; e (c) o financiamento de atividades multissetoriais para prevenção e promoção de direitos humanos com os Ministérios da Educação, Justiça e do Interior, entre outros. Essas inovações (descritas nos parágrafos 2.3 a 2.6) têm servido para consolidar e expandir parcerias com a sociedade civil e com outros setores de desenvolvimento e governos locais, e estão sendo fortalecidas e institucionalizadas.

7. Futuras Direções

7.1 Ao longo dos últimos 5 anos, o DAO destilou a experiência do Banco Mundial no Brasil na luta contra o HIV/AIDS através de inúmeras revisões relevantes.²⁸ No conjunto, essas revisões apontam para muitos desafios a serem ainda enfrentados no alívio da pobreza e no desenvolvimento do setor da saúde no país nos próximos anos. Elas destacam a importância de melhorar o M&A a fim de medir desempenho e impacto e, assim, melhorar a eficácia e os resultados; alcançar grupos pobres marginalizados e regiões pobres (especialmente o Norte e o Nordeste); e manter e continuar a melhorar parcerias público-privadas. As experiências acumuladas pelo Brasil em uma década de experiências realizadas com o apoio do Banco na área do combate ao HIV/AIDS têm ressonância com temas e recomendações levantados em relatórios anteriores do DAO. Com o lançamento iminente do Terceiro Empréstimo financiado pelo Banco para HIV/AIDS no Brasil, cujo desenho incorporou muitas das lições da década passada, são oferecidas as seguintes sugestões para continuar aumentando a efetividade dos esforços relacionados com HIV/AIDS sobre o desenvolvimento do país.

7.2 *Antes de mais nada, e acima de tudo, o Brasil deve tomar as medidas necessárias para melhorar sua capacidade e aumentar os incentivos para que o desempenho e o impacto do programa sejam monitorados e avaliados, e para documentar a relação custo-efetividade dos esforços feitos.*

- *Primeiro*, em consonância com as diretrizes do UNAIDS (UNAIDS 2000 e 2002), o Brasil deve continuar a aprimorar e expandir seus esforços de vigilância para permitir monitoramento rotineiro e sistemático e a análise das tendências de infecções por HIV, bem como das dinâmicas de padrões comportamentais entre populações-alvo. Sistemas de vigilância de segunda geração destinam-se a permitir a análise dos comportamentos, tanto para antecipar, quanto para explicar tendências da infecção por HIV. Dado o status atual da epidemia no Brasil (ainda concentrada entre populações com comportamentos de alto risco, sendo a transmissão heterossexual o principal e crescente modo de transmissão), a vigilância das infecções por HIV e dos comportamentos deve centrar-se nos grupos de alto risco com taxas de infecção acima de 5% (HSH, UDI, profissionais do sexo) e deve também monitorar tendências na população em geral. Deve-se dar especial atenção a conexões entre esses dois grupos, particularmente através de populações-ponte (mulheres parceiras de UDIs e bissexuais, e clientes de profissionais do sexo), e a conseqüentes riscos de rápida disseminação do vírus entre a população em geral. A vigilância comportamental e do HIV entre grupos de alto risco deve ser realizada em base regular e pode ser mais eficientemente executada no nível descentralizado, com vistas a facilitar avaliações mais profundas das questões e tendências locais e melhorar as respostas. O AIDS III está apoiando o Brasil em seus esforços para explorar plenamente o grande volume de dados atualmente disponíveis através de estudos e pesquisas *ad hoc* e através do sistema de informação da saúde, mas isso não eliminará a necessidade corrente e futura de sistematicamente coletar dados sobre HIV e sobre o comportamento de populações-alvo. Um passo importante nessa direção é uma pesquisa nacional sobre comportamento sexual e de risco que o PNC planeja realizar em 2004, a fim de atualizar a pesquisa de linha-de-base feita em 1998 (CEBRAP 2000).

28. Essas revisões incluem, mais destacadamente: a [Avaliação da Assistência ao Brasil](#) de 15 de maio de 2003, o [Sistema de Saúde do Brasil: Relatório de Avaliação do Impacto](#) de 20 de junho de 1998, [Saúde materna e infantil no Brasil](#), de 26 de fevereiro de 2002, e [as ONGs em projetos apoiados pelo Banco Mundial no Brasil: um background paper](#) para o Estudo do DAO sobre as ONGs em projetos apoiados pelo Banco Mundial, de 29 de julho de 1999.

- *Segundo*, o tempo já está maduro para desenhar um sistema e uma estratégia de monitoramento e avaliação descentralizados e baseados em resultados: (a) o mecanismo de transferências fundo a fundo, recentemente adotado para apoiar ações relacionadas a HIV/AIDS nos estados e municípios, está sustentado pelo princípio de planejamento e gerenciamento baseados em resultados; (b) como notado antes, o pessoal do setor público local e as ONGs apresentaram uma forte demanda de bons e significativos indicadores de M&A, bem como de diretrizes e treinamento para capacitá-los a acompanhar e melhorar seu próprio desempenho e impacto; e (c) o novo Governo está muito comprometido com o desenho e a implementação de abordagens baseadas em resultados para os programas de desenvolvimento. Tal sistema deve estabelecer dados de linha-de-base sobre o tamanho e a atual cobertura de populações-alvo nos níveis estadual e local, a fim de permitir o estabelecimento de metas realistas e a efetividade do monitoramento e da avaliação do desempenho do programa, possibilitando ainda a avaliação do nível de esforços e recursos necessários para que o programa tenha sucesso. O sistema de monitoramento e avaliação deve também acomodar as necessidades de avaliar sistematicamente o ajuste entre as intervenções realizadas por ONGs e as metas estabelecidas pelo programa para os níveis nacional, estadual e local. Os comentários feitos pelo Governo (Anexo G) destacam sucessos recentes e esforços em andamento para redefinir a estratégia de M&A para HIV/AIDS, imprimindo uma orientação mais voltada para a descentralização e baseada em resultados, e notam o apoio continuado que para isso vem sendo dado pelo CDC e pelo Banco Mundial. Merecem destaque (i) a recente criação de 5 locais de excelência em cada uma das 5 regiões brasileiras para apoiar e promover atividades descentralizadas de M&A; e (ii) a criação de curso de treinamento, em nível de pós-graduação, na área de M&A de DST/HIV/AIDS, desenhado para dar apoio à descentralização e à institucionalização de atividades de M&A.
- *Terceiro*, o Governo deve encomendar estudos para documentar sistematicamente a relação custo-efetividade dos componentes do programa e de intervenções-piloto, através: (a) do desenho e da direção ativa de um programa de pesquisa que enfatize custo-efetividade e análises de impacto; e (b) da mobilização de uma considerável capacidade de pesquisa disponível no Brasil nas áreas de economia, epidemiologia (especialmente pesquisa sobre a incidência de HIV) e sociologia e do melhor uso dessa capacidade. Os estudos devem dar prioridade à avaliação da relação custo-efetividade das intervenções correntes orientadas para HSH, UDI e profissionais do sexo. Tal programa deveria tanto influenciar quanto monitorar um contínuo ajuste das intervenções e abordagens, de modo a garantir maior custo-efetividade e melhor eficiência da alocação de recursos. Análises de custo-efetividade também serão úteis para outros países que vêm procurando criar seus programas de HIV/AIDS a partir da experiência já bem-estabelecida e inovadora dos programas do Brasil.
- *Finalmente*, o rigoroso monitoramento e a cuidadosa avaliação do programa de tratamento do Brasil têm importância crítica, tanto porque permitirão ao país acompanhar e melhorar a efetividade e o impacto de seu programa de tratamento e assistência, quanto porque a experiência brasileira, bem documentada, fornecerá orientação e *insights* para muitos outros países que estão buscando criar ou fortalecer programas nacionais de tratamento. O monitoramento e a avaliação do programa de tratamento devem abranger o comportamento dos que estão sendo tratados, o quanto cumprem do tratamento, e o efeito dessas duas variáveis, no longo prazo, sobre a transmissão; a resistência a medicamentos, a cobertura efetiva, e a equidade no acesso aos serviços e na adesão a eles.

7.3 Enquanto isso, a fim de continuar a consolidar e manter a luta do Brasil contra o HIV/AIDS e visando alcançar impacto máximo, a liderança do Programa Nacional de

Controle tem que mobilizar recursos humanos e financeiros em torno das mais altas prioridades do programa, como evidenciado pelas experiências internacionais existentes. O apoio do Governo para a prevenção deve permanecer forte, garantindo que receba a mais alta prioridade. Isso permanecerá como um desafio, especialmente porque a política de tratamento do Brasil é estabelecida pela Constituição e mobiliza forte participação social, enquanto que muitas das externalidades positivas da prevenção são tipicamente menos apreciadas pelo público. Esforços de prevenção devem continuar a focar mudanças comportamentais em populações de alto risco (HSH, UDIs, profissionais do sexo) e devem ser expandidos para melhor focalizar os grupos vulneráveis emergentes (tais como mulheres, pobres e populações rurais e do interior). Além disso, devem ser renovados e intensificados os esforços para melhorar e expandir a vigilância, o diagnóstico e o tratamento de DSTs, incluindo maior alcance e melhor direcionamento, dado que este pacote de atividades constitui um elemento crítico de uma estratégia efetiva de prevenção. Esforços permanentes também são necessários para monitorar e conter (ou, ao menos, reduzir) os custos de assistência e tratamento, bem como para garantir financiamento adequado de tais serviços, levando em conta novos perfis de custos e novas tecnologias. Por sua própria natureza, a provisão de bens públicos deve ser uma prioridade para o apoio do Governo, mais particularmente: vigilância, pesquisa, monitoramento e avaliação, criação de capacidade e desenvolvimento institucional, e apoio sustentado para a rede de laboratórios e para seu desenvolvimento.

7.4 *À luz das tendências da epidemia, que indicam uma disseminação para populações-ponte, muitas das quais incluem mulheres, pobres e populações rurais e do interior, a equidade passará a ser um objetivo ainda mais importante do Programa Nacional de HIV/AIDS na proporção em que se busque alcançar esses grupos.* Dito isso, existe também a necessidade de continuar e intensificar intervenções voltadas para mudanças comportamentais específicas entre os grupos de mais alto risco (HSH, UDIs e profissionais do sexo). As intervenções de prevenção e assistência, bem como o fornecimento de tratamento, eram relativamente fáceis quando as populações afetadas e de alto risco estavam concentradas, em sua maior parte, nas regiões Sul e Sudeste e em volta delas, e em áreas urbanas. Tanto as ONGs especializadas em alcançar os grupos-alvo de alto risco (HSH, UDIs, profissionais do sexo) quanto os serviços de saúde responsáveis pelo monitoramento e tratamento dos afetados pelo HIV e pela AIDS estavam mais prontamente disponíveis e, de maneira geral, eram capazes de prover os serviços necessários. Atualmente, apenas a cobertura dos HSH é satisfatória, atingindo 96%. São necessários esforços consideráveis para aumentar a cobertura de UDIs (grosseiramente estimada em 18%) e de profissionais do sexo, cuja efetiva cobertura pelo programa não é conhecida (Ministério da Saúde/PNC, versão preliminar da avaliação final). A equidade tem sido um importante princípio seguido pelo programa desde o início, e se tornará uma meta cada vez mais desafiadora no futuro. Os grupos vulneráveis emergentes são consideravelmente mais difíceis de serem alcançados em virtude de suas localizações e de seus status na sociedade, não sendo usual para eles buscar apoio e serviços sociais mesmo quando esses estão disponíveis. São necessários maiores esforços para melhorar a cobertura das intervenções HIV/AIDS, especialmente no Nordeste (ver tabelas F-7 e F-8 no Anexo F). Além disso, as mulheres e os pobres não devem ser tratados como grupos homogêneos, dado que subgrupos dentro de cada uma dessas categorias estão expostos a um espectro de riscos que variam segundo a multiplicidade de situações e vulnerabilidades encontradas dentro dos mesmos. A realização de pesquisas operacionais e esforços coordenados para efetivamente alcançar esses grupos serão importantes desafios a serem enfrentados pelo programa.

7.5 *Dada a maturidade do programa brasileiro de HIV/AIDS e dados seus novos desafios, é necessário consolidar e descentralizar o marco de referência institucional para o combate ao HIV/AIDS e às DSTs, visando fortalecer a capacidade das unidades de HIV/AIDS estaduais e municipais para que possam assumir responsabilidades consideravelmente aumentadas de*

gestão estratégica de programas, supervisão e implementação, bem como para gerenciar parcerias com a sociedade civil e com os governos locais. Tais atividades poderão ser apoiadas com a realização de uma avaliação do marco de referência geral, institucional e organizacional da luta contra o HIV/AIDS (em todos os níveis do sistema), tendo em mente a descentralização e outras reformas, bem como as novas prioridades. Tal avaliação seria completada por avaliações de oportunidades realizadas nos Estados e municípios para a concretização de melhores parcerias público-privadas. Com base nessas avaliações, ajustes finos na organização, nos mandatos e nos quadros de pessoal dos diferentes níveis do programa, bem como nos mecanismos de parceria, poderiam tornar os esforços mais eficientes e com maior custo-efetividade. É necessário criar dados de linha-de-base locais sobre cobertura e desempenho do programa, e esses devem ser operacionalmente mais relevantes, a fim de facilitar tanto o estabelecimento de metas, quanto o monitoramento e a avaliação do desempenho de programas. Instrumentos e processos podem ser melhorados para que se caminhe mais integradamente na direção de uma gestão baseada em desempenho. A supervisão pedagógica e a prestação de contas responsável devem ser substancialmente fortalecidas.

7.6 ***Agora, mais que nunca, devem ser feitos esforços para a integração das atividades de controle do HIV/AIDS e das DST no SUS, particularmente nos programas especiais dentro do SUS, tais como saúde da família e saúde reprodutiva.*** Será impossível estabelecer avanços significativos para alcançar os grupos-alvo emergentes e as populações vulneráveis do programa (mulheres, os pobres, populações rurais e do interior), a menos que os serviços básicos de saúde sejam mais acessíveis e mais plenamente utilizados por eles. Esse é, realmente, um desafio formidável, que requererá melhorias na qualidade, cobertura, equidade e alcance dos programas e serviços de saúde prioritários. Melhorias no trabalho com HIV/AIDS e no desempenho do sistema de saúde, especialmente no que se refere a cuidados primários e saúde pública, podem e devem ser simultâneas e sinérgicas.

7.7 ***O Programa Nacional de Controle deve intensificar esforços para encorajar a plena utilização dos serviços dos CTAs hoje disponíveis no país.*** No Brasil, a maior parte dos infectados pelo HIV não está consciente de seu status soropositivo. Uma importante contribuição para os esforços de prevenção é fazer com que as pessoas conheçam seu status e tomem as medidas necessárias para buscar tratamento e impedir a transmissão da infecção para seus parceiros.

Bibliografia

- Banco Mundial. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Banco Mundial, Washington, D.C. Martha Ainsworth, Mead Over, Akhavan Dariush, Alexandre Abrantes, Renato Gusmão and Philip Musgrove. 1999.
- Banco Mundial. 2002. Country Assistance Strategy Progress Report for the Federative Republic of Brazil. Maio 2002. Relatório 24182-BR.
- Banco Mundial. 2000. Country Assistance Strategy for the Federative Republic of Brazil. Relatório 20160-BR.
- Banco Mundial 2003. Project Appraisal Document: Brazil Third AIDS and STD Control Project. Relatório 25759-BR.
- Banco Mundial. 15 de maio, 2003. Country Assistance Evaluation: Brazil. Departamento de Avaliação de Operações.
- Banco Mundial. 1998. Project Appraisal Document: Brazil Second AIDS and STD Control Project. Relatório 18338-BR.
- Banco Mundial. 1998. Impact Evaluation Report. The Brazil Health System. Relatório do DAO N° 18142.
- Berquó, E., R. Barbosa, and S. Kalckman, 1999. Aceitabilidade do Condom Feminino em Contextos Diversos. Relatório Final. CEBRAP, NEPO/UNICAMP e CN DST/Aids.
- Brindeiro RM, Dias RS, Sabion ED, et al. Brazilian Network of HIV Drug Resistance Surveillance (HIV_BresNet): A Survey of Chronically Infected Individuals. AIDS 2003; 17:1-7.
- CEBRAP, 2000. Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. São Paulo, Brasil.
- Chequer P., N. Hearst, E.S. Hudes, E. Castilho, G. Rutherford, L. Loures, L. Rodrigues, e os Coordenadores dos Programas Estaduais de AIDS no Brasil. "Determinants of Survival in Adult Brazilian AIDS Patients, 1982-1989." AIDS 1992; 6:483-487.
- Gwatkin, Davidson R., Shea Reutstein, Kiersten Johnson, Rphini P. Pande and Adam Wagstaff. 2000. "Socioeconomic Differences in Health, Nutrition and Population." Banco Mundial. HNP Poverty Thematic Group, Washington, D.C.
- Johnston, Timothy and Susan Stout. 1999. Relatório do DAO (OED). Investing in Health: Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sector. Relatório N° 21392.
- Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, Chequer P, Teixeira PR, Hearst N. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. dst_aids@terra.com.br

- Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*. 2003 Jul 25;17(11):1675-82.
- Mesquita F., Kral A., Reingold A., Bueno R., Trigueiros D., Araujo P., Santos Metropolitan Region Collaborative Study Group. "Trends of HIV Infection among Injection Drug Users in Brazil in the 1990s: The Impact of Changes in Patterns of Drug Use." [pdf file 2,170K] *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28:298-302 (c) 2001 Lippincott Williams & Wilkins, Inc., Philadelphia.
- Ministério da Saúde do Brasil. 2002. Política Nacional de Medicamentos para AIDS , junho. (Ministério da Saúde, Brasília).
- Ministério da Saúde/PNC-DST/AIDS, 2002. Relatório de Implementação e Avaliação, 1998-2002. Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR Projeto AIDS II. Brasília, agosto 2002.
- Ministério da Saúde/PNC-DTS/AIDS, 2003. Relatório de Implementação e Avaliação, 1998 a 2003. Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR – Projeto AIDS II, Versão Preliminar, Brasília, agosto 2003.
- Szwarcwald CS. 2002. Oportunidades perdidas na detecção precoce do HIV na gestação: Resultados do Estudo Sentinela-Parturientes, Brasil, 2002. (Relatório não publicado, usado com permissão do autor.).
- UNAIDS. Junho, 2000. National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation. Relatório N° UNAIDS/00.17E. Genebra, Suíça.
- UNAIDS. Agosto, 2002. Initiating Second Generation HIV Surveillance Systems: Practical Guidelines. Relatório N° UNAIDS/02.45E-WHO/HIV/2002.17. ISBN 92-9173-219-2.

Anexo A. Dados Básicos

Projeto de Controle de AIDS e de DST (Empréstimo 3659-BR)

Dados Básicos do Projeto (valores em US\$ milhões)

	<i>Estimado na avaliação inicial</i>	<i>Estimativa real ou corrente</i>	<i>Valor real como % do estimado na avaliação</i>
Custos totais do projeto	250	250	100%
Valor do empréstimo	160	159.8	100%
Co-financiamento			
Cancelamento		0,2	

Estimativas Acumuladas e Desembolsos Reais

	<i>Ano Fiscal 1994</i>	<i>AF 1995</i>	<i>AF 1996</i>	<i>AF 1997</i>	<i>AF 1998</i>	<i>AF 1999</i>
Estimativa na avaliação inicial (US\$M)	17.7	53.2	88.7	124.3	160	-
Real (US\$M)	0	52.2	101.8	126.3	159.6	159.8
Real como % do estimado na avaliação	-	98	115	102	100	100

Dados de final desembolso: 6 de maio de 1999

Datas do Projeto

	<i>Original</i>	<i>Real</i>
Aprovação pela Diretoria	09/11/1993	09/11/1993
Assinatura	16/03/1994	16/03/1994
Efetividade	01/06/1994	01/06/1994
Data de encerramento	30/06/1998	30/06/1998

Inputs de Pessoal (semanas de trabalho do staff)

	<i>AF 1992</i>	<i>AF 1993</i>	<i>AF 1994</i>	<i>AF 1995</i>	<i>AF 1996</i>	<i>AF 1997</i>	<i>AF 1998</i>	<i>Total</i>
Pré-avaliação	21.8	24.3	15.4					
Avaliação & Negociações	12.8							
Supervisão			11.3	7	10.3	15	7.2	50.8
Revisão intermediária					6.5			6.5
Total	21.8	37.1	26.7	7	16.8	15	7.3	131.6

Dados sobre a Missão

	<i>Data (ano)</i>	<i>No. de pessoas</i>	<i>Semanas do staff no campo</i>	<i>Ares de especialização^b</i>	<i>Escala de Desempenho^a</i>	
					<i>Status de Implement.</i>	<i>Obj. de Desenv.</i>
Período de avaliação						
Preparação	1992	4	21.18	D, A, B, M		
Preparação	1992	3	18.9	D, B M		
Avaliação até a aprovação pela Diretoria						
Avaliação	1993	6	12.8	L, B, D, M, M, M		
Pós-avaliação	1994	2	2.0	M, M		
Avaliação	1996	4	13.4	B, C, C, M		
Supervisões						
Supervisão 1	1994	3	11.3	B, D, M	1	1
Supervisão 2	1995	4	7.0	B, B, A, K	S	HS
Supervisão 3	1996	4	6.5	B, M, M, N	HS	S
Supervisão 4	1996	1	1.2	F	HS	S
Supervisão 5	1996	1	2.0	G	HS	S
Supervisão 6	1996	1	0.6	F	HS	S
Supervisão 7	1997	3	0.8	H, B, K	HS	S
Supervisão 8	1997	3	0.8	H, B, K	HS	S
Supervisão 9	1998	3	7.2	B, H, K	S	S
Revisão Intermediária	1996	5		I, I, K, J, M		

a. 1 = sem problemas; S = Satisfatório; HS = Altamente satisfatório

b. A = Saúde pública; B = Economista; C = Advogado; D = Consultor; E = Analista de Operações; F – Aquisições; G = Informação, educação, comunicação; H = Especialista em Saúde da População; I = Esp. em Controle de doenças; J = Esp. do Projeto; K = Coordenador de ONGs; L = Responsável por Operações; M = Especialistas em AIDS/DST; N = Desembolso

Segundo Projeto de Controle de AIDS e de DST (Empréstimo 4392-Br)

Dados Básicos do Projeto (valores em US\$ milhões)

	<i>Estimado na avaliação inicial</i>	<i>Estimativa real ou corrente</i>	<i>Valor real como % do estimado na avaliação</i>
Custos totais do projeto	300	296.50	99%
Valor do empréstimo	165	161.5	98%
Cancelamento		3.5	

Estimativas Acumuladas e Desembolsos Reais

	<i>Ano fiscal 99</i>	<i>AF00</i>	<i>AF01</i>	<i>AF02</i>	<i>AF03</i>	<i>AF04</i>
Estimado na avaliação (US\$M)	20,27	52,82	88/82	137/39	165,00	–
Real (US\$M)	20,0	55,6	88,5	137,2	154,0	161,5
Real como % do estimado na avaliação	99	105	100	100	93	98

Data do desembolso final: 26 de agosto de 2003

Datas do Projeto

	<i>Original</i>	<i>Real</i>
Aprovação pela Diretoria	15/09/1998	15/09/1998
Assinatura	11/12/1998	11/12/1998
Efetividade	19/02/1999	09/02/1999
Data de encerramento	31/12/2002	30/06/2003

Inputs de Pessoal (semanas de trabalho do staff)*

<i>Estágio do Ciclo do Projeto</i>	<i>Real/Última estimativa</i>	
	<i>Nº de semanas do Staff</i>	<i>US\$ ('000)</i>
Identificação/Preparação		
Avaliação/Negociação		135,266
Supervisão	70,81	330,713
RTI	1,66	32,183
Total	73,47	498,162

Dados sobre a Missão

	<i>Data (mês/ano)</i>	<i>No. de pessoas</i>	<i>Áreas de especialização</i>	<i>Classif. do desemp</i>	<i>Tendência da class.</i>
Identificação/ Preparação					
Avaliação					
Supervisão					
	06/26/1999	5	Gerente de Equipe (1); Consultor Diagnóstico e Tratamento (1); Cons. Espec. em Saúde (1) Esp. Aquisições (1); Esp.em Finanças (1)	S	S
	02/09/2000	7	Esp. em Saúde (1); Epidemiologista HIV AIDS (1); Esp.HIV AIDS (1); Esp. em Aquisições (1); Esp. em ONGs (1); Esp. em Finanças (1); Epidemiologista-SIDALAC (1)	S	S
	09/24/2000	3	Esp. Saúde pública (1); Epidemiologista HIV AIDS (1); Esp. HIV AIDS (1)	S	S
	05/09/2001	4	Esp. Saúde Pública (1); Epidemiologista (1); Esp. Implem. de Proj. (1); Esp. em Aquisições (1)	S	S
	01/22/2002	2	Esp. Saúde Pública (1); Epidemiologista (1)	S	S
	09/13/2002	9	Gerente de Tarefas (1); Analista de Operações (1); Cons. Diagnóstico, Tratamento (1); Esp. Aquisições (1); Esp.. Admin. Financeira (1); Esp. Sociedade Civil (1); OPS/UNAIDS (1); CDC-Monitoramento/Aval (1); CDC- Survey - Epidemiologistas (1)		
Encerramento					

Anexo B. Pessoas e Organizações Consultadas

Distrito Federal - Brasília

Programa Nacional de Controle de DST e AIDS (PNC-DST/AIDS, ou PNC):

Paulo Roberto Teixeira, OMS (ex-Coordenador, PNC)
 Alexandre Grangeiro, Coordenador, PNC (ex-Coordenador Substituto, PNC)
 Raldo Bonifácio, Coordenador Substituto
 Aristides Barbosa Júnior, Coordenador, Monitoramento e Avaliação
 Moisés Francisco Baldo Taglietta, Coordenador, Planejamento
 Maria Alice Lipparelli Tironi, Unidade de Planejamento (ASPLAV)
 Rosemeire Munhoz, Unidade de Cooperação Externa (COOPEX)
 Denise Doneda, Diretora, Prevenção e Educação (PREV)
 Pamela Díaz Bermudez, Área de Pesquisa (UEPI/Pesq)
 Diderô Carlos Lopes, Unidade de Finanças (UOF)
 Draurio Barreira, Unidade de Epidemiologia (UEPI)
 Josué Lima, Unidade de Diagnóstico, Tratamento e Assistência (UDAT)
 Karen Bruck de Freitas, Unidade de Sociedade Civil e Direitos Humanos (SCDH)
 Mauro Siqueira, Unidade de Comunicação (ASCOM)
 Jackeline Fabíola E. F. de Souza, Unidade de Desenvolvimento Humano e Institucional (UDHI)
 Carmen Dhalia, Epidemiologista (UEPI)
 Mauro Sanchez, Epidemiologista (UEPI)
 Leila Rossi, Diretora do Programa de Prevenção MSM (PREV)
 Paulo Junqueira Aguiar, Unidade de Prevenção (PREV)
 Denise Serafim, Coordenador de Redução de Danos (PREV)
 Omar Bravo, Consultor, Programas de HIV/AIDS em Prisões

Programa de Controle de DST e AIDS: Distrito Federal, Brasília

Maria Josenilda Gonçalves da Silva, Coordenadora
 Suely Andrade, Coordenadora de Saúde
 Pessoal da Coordenação Distrital
 Gerentes/pessoal das unidades de HIV/AIDS do Distrito Federal

Sociedade Civil

Arco-Íris DF
 GAPA Brasília

Estado de Pernambuco

Programa Estadual de Controle de DST e AIDS

François José de Figueiroa, Coordenador
 Pessoal da Coordenação estadual
 Gerentes/pessoal das unidades estaduais de HIV/AIDS (incluindo visita ao Banco de Sangue do Estado)

Programas Municipais de Controle de DST e AIDS

Coordenadores Municipais e pessoal das Coordenações, incluindo:

Sair Pereira de Sena, Coordenadora, Olinda
 Maria Helena Gomes dos Santos, Coordenadora Municipal, Petrolina
 Maria do Socorro Ratis, Gerente Administrativa, Paulista
 Francisco Leone Vay, Coordenador Municipal, Paulista
 Maria Cândida Araújo de Oliveira, Coordenadora, Jaboatão dos Guarapes
 George C. Sá Barreto, Consultor Administrativo, Jaboatão dos Guarapes
 Scheyla M. Silva Gonçalves, Gerente, SAE
 Unidade de coordenação municipal de Gonçalves
 Gerentes/pessoal de unidades municipais de HIV/AIDS selecionadas

Sociedade Civil

Roberto Augusto de Brito, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, Seção Pernambuco
 Wladimir Cardoso Ruis, Grupo de Trabalho
 Articulação de Movimento Homossexual do Recife e Área Metropolitana
 Íris de Fátima, Coordenadora, AMHOR
 Christiane/Lucielle, Auxiliar de Coordenação, Casa de Passagem
 Nanci Feijó de Melo, Coordenadora-Geral, Associação Pernambucana de Profissionais do Sexo (APPS)
 Ivaldo Soles Alaíde Alves da Silmes, Presidente, ASAS: Associação Solidária Grupo Viva Rachid
 Josenita Dura Ciriaco, Sócia e Coordenadora, Creche Comunitária Vivendo e Aprendendo
 Maristela Moraes, Assessora de Projetos/Coordenadora, Instituto PAPAI/Associação de Usuários de Álcool e Drogas de Pernambuco

Estado do Rio de Janeiro

Programa Estadual de Controle de DST e AIDS

Valdilea Gonçalves Veloso dos Santos, Coordenadora
 Denise Ribeiro Franqueira Pires, Coordenadora Substituta
 Pessoal da Coordenação estadual, incluindo Luciana Kamel, Consultora
 Programa de AIDS, Departamento Estadual de Saúde, Prevenção
 Gerentes/pessoal das unidades estaduais de HIV/AIDS

Programas de Controle de DST e AIDS

Betina Durovni, Chefe do Departamento de Doenças Transmissíveis
 Coordenador Municipal e pessoal da Coordenadoria

Comunidade Acadêmica e de Pesquisa

Francisco Inácio Bastos, Coordenador Substituto – Programa de AIDS da FIOCRUZ
 Célia Landmann Szwarcwald, Epidemiologista Sênior, Programa de AIDS da FIOCRUZ
 Paolo Fieja Barroso, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Projeto Praça Onze
 Mauro Schechter, Professor de Doenças Infecciosas e Chefe do Laboratório de Pesquisa de AIDS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Projeto Praça Onze

Sociedade Civil

Maria Cristina Pimenta, ABIA
 Secretária, FORUMONG/RS
 Coordenador-Geral, S.O.S. Vida
 Alex Uma dos Santos, Presidente, S.O.S. Vida
 Marisa Campany, Coordenadora, Movimento de Mulheres de São Gonçalvo
 Centro Especial de Orientação à Mulher – Zuzu Angel
 Norma Maria Gomes, Tesoureira, Associação Carioca de Redução de Danos
 Edmundo, Coordenador, Adaps
 Flavio Lewe, Diretor Adjunto, Davida
 Gabriele Ceite, Diretora Executiva, Davida, Coordenadora da Rede Begs. Profissionais do Sexo
 Roberto Pereira, Coordenador, Centro de Educação Sexual
 Fórum de ONG/AIDS do Estado do Rio de Janeiro

Estado de Santa Catarina

Programa Estadual de Controle de DST e AIDS

Ana Maria Henrique Martins Costa, Coordenadora
 Pessoal da Coordenação estadual
 Gerentes/pessoal das unidades estaduais de HIV/AIDS

Programa Municipal de Controle de DST e AIDS

Coordenadores municipais e pessoal da Coordenadoria (municípios de Florianópolis e Itajaí)
 Gerentes/pessoal das unidades municipais de HIV/AIDS

Sociedade Civil

Grupo de Apoio Regional Para Reabilitação da AIDS, Lages, SC
 Instituto Arco Íris, Florianópolis, SC
 Casa – Centro de Assessoria à Adolescência, Florianópolis, SC

Estado do Rio Grande do Sul

Ministério da Saúde

Secretaria Estadual de Saúde

Programa Estadual de Controle de DST e AIDS

Geralda Maria Bauer Pereira Rigotti, Coordenadora estadual
Gerentes/pessoal das unidades estaduais de HIV/AIDS

Programas Municipais de Controle de DST e AIDS

Coordenadores municipais e pessoal da Coordenadoria, municípios de:

Porto Alegre
Alvorada
Uruguaiana
Rio Grande
São Leopoldo
Caxias do Sul

Gerentes /pessoal das unidades municipais de HIV/AIDS

Comunidade Acadêmica e de Pesquisa

Dr. Paulo Naud, Hospital das Clínicas, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre

Sociedade Civil

Consórcio Intermunicipal de Saúde, Região Centro do Estado, Santa Maria, RS
Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA) do Rio Grande do Sul, Porto Alegre

Estado de São Paulo

Programa Estadual de Controle de DST e AIDS: Estado de São Paulo

Oswaldo Yoshimi Tanaka, Secretário Estadual de Saúde Substituto, Gabinete do Secretário,
Governo do Estado de São Paulo
Artur Olhovetchi Kalichman, Coordenador (e Chefe do Centro de Referência e Treinamento)
Maria Clara Giana, Coordenadora Substituta
João, Chefe de Recursos Humanos
Christiano Azevedo Marques, Chefe, Instituto Adolfo Lutz
Pessoal da Coordenação estadual, incluindo:
Anna Luiza Luns Gryscek, Técnica de Enfermagem
Gerentes/pessoal das unidades estaduais de HIV/AIDS

Programas Municipais de Controle de DST e AIDS

Thomas Soderberg, Secretário Municipal de Saúde (Santos)
Coordenadores municipais e pessoal da Coordenadoria (São Paulo e Santos)
Gerentes/pessoal das unidades municipais de HIV/AIDS

Sociedade Civil

Jorge Beloqui, Grupo Pela VIDA
 Fórum ONG/AIDS São Paulo
 Fórum ONG/AIDS ABC
 Grupo CORSA
 Lutando Pela Vida
 NASP – Núcleo de Apoio Solidário e de Prevenção
 Associação LAR
 Grupo de Incentivo à Vida (GIV)
 Grupo de Ação pela Cidadania Homossexual

Banco Mundial, Washington, D.C.

Anabela Abreu, Gerente de Setor, SASHD (ex-Gerente de Tarefas do AIDS II)
 John Garrison, Oficial Sênior de Comunicações, EXTIA (ex-Especialista em Sociedade Civil, LCC5A)
 Indermit Gill, Assessor Econômico, PRMVP (ex-Economista Chefe, LCC5A)
 Charles Griffin, Diretor de Setor, SASHD (ex-Diretor de Setor, LASHD)
 Theresa Jones, Principal Oficial de Operações, LCSHS (ex-Gerente de Tarefas do AIDS I e AIDS II)
 Maureen A. Lewis, Gerente de Setor, HDNVP (ex-Gerente de Tarefas do AIDS I)
 Gobind Nankani, Vice-President, PREM (ex-Diretor de País, Brasil)
 Sandra Rosenhouse, Especialista Sênior em População e Saúde, LCSHH (Gerente de Tarefas do AIDS II e III)
 Joachim von Amsberg, Economista Chefe, LCC5A (Brasil)

Outros

Pedro Chequer, Assessor do Programa da UNAIDS, Moscou (ex-Coordenador do PNC)
 Michael Merson, ex-Chefe do Programa Global de AIDS
 William McFarland MD, PhD, Co-Diretor da Seção de Estatísticas e Epidemiologia do HIV/AIDS, Departamento de Saúde de San Francisco
 Dra. Theresa Diaz, Epidemiologista, *Outgoing Chief of Party* para o Brasil, *United States Centers for Disease Control*
 Dr. Rafael Mazin, PAHO

Anexo C. A Epidemia de HIV/AIDS no Brasil ²⁹³⁰³¹

Com os primeiros casos de AIDS tendo sido diagnosticados em 1982, a epidemia de HIV/AIDS no Brasil está entrando agora em sua terceira década. O HIV/AIDS no Brasil foi primeiro caracterizado por uma disseminação precoce (1980-85) e rápida de HIV-1 entre homossexuais urbanos e homens bissexuais (HSH), um padrão similar em escopo, disseminação e epidemiologia ao das epidemias na América do Norte e na Europa Ocidental. O surto inicial estava concentrado em importantes cidades litorâneas, incluindo São Paulo e Rio de Janeiro. Foi logo seguido por uma disseminação substancial entre usuários urbanos de drogas injetáveis (UDI), uma vez mais em São Paulo e Rio, mas também no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina. Em 1990, a disseminação entre UDIs representava aproximadamente 20 por cento das infecções por HIV no Brasil (Banco Mundial, 1993). Dado que os grupos de HSH e UDI envolviam poucas mulheres, no início a razão homem/mulher era de quase 25 homens para 1 mulher.

A segunda década de HIV/AIDS, aproximadamente 1992-2002, foi marcada por crescente disseminação de HIV entre heterossexuais de alto risco, incluindo profissionais do sexo, atendentes de clínicas de doenças sexualmente transmissíveis, e esposas e parceiros sexuais de homens UDIs ou bissexuais. A razão homem/mulher nos casos de AIDS relatados caiu para 1,7:1 em 2003, sugerindo a feminização da epidemia, bem como quedas nas infecções entre homens que ocorreram há cerca de 10 anos. Durante esse período, a morbidade e mortalidade da AIDS cresceram, à medida que as infecções progrediam clinicamente e infecções oportunistas se instalavam, destacadamente a tuberculose associada à AIDS. A mortalidade devida à AIDS atingiu seu ponto máximo de 12/100.000 em 1995, antes do advento da terapia anti-retroviral potente (HAART), e tem vindo declinando desde então, alcançando 6,3/100.000 em 2000. Em 2000, estimava-se que havia 600.000 brasileiros vivendo com infecção por HIV, menor que a estimativa de 750.000 feita pela OPAS em 1992³². Em março de 2002, 237.588 casos de AIDS e 110.651 mortes por AIDS haviam sido relatados desde o começo da epidemia. Na ausência de dados adequados de vigilância do HIV, a prevalência de HIV na população foi estimada em 0,65% em 2002³³. Essa é uma estimativa confiável, baseada em amostras probabilísticas de mulheres grávidas em todo o país, e o número está bem abaixo da taxa de 2% sugerida pelo UNAIDS para descrever epidemias generalizadas (Szwarcwald, 2002). Assim, em 2003, a epidemia de HIV no Brasil

29. A menos que seja indicado, os dados citados neste Anexo baseiam-se nas estatísticas do Ministério da Saúde/PNC.

30. Como a notificação dos casos de AIDS no Brasil é obrigatória desde 1986, e como a vigilância de rotina do HIV é recente, ainda não totalmente implantada, os dados sobre AIDS são muito mais abundantes e confiáveis. No entanto, os dados sobre AIDS precisam ser interpretados com muita cautela. Casos correntes de AIDS refletem comportamentos de risco e infecções ocorridos há cerca de 10 anos.

31. Definições de termos epidemiológicos usados nesta seção: incidência de HIV é a taxa de aquisição de infecção por HIV ao longo de um período de tempo em uma dada população. Incidência de AIDS é a taxa de novos diagnósticos de AIDS ao longo de um período de tempo em uma dada população. Prevalência de HIV é a proporção de pessoas com infecção por HIV em uma dada população em um momento específico no tempo. Prevalência de AIDS é uma proporção de pessoas com a síndrome clínica da AIDS em uma população em um dado tempo.

32. Como parte da preparação do AIDS III, o Banco estimou que cerca de 800 mil brasileiros estavam infectados em 2000. Atualmente, o Governo está preparando uma estimativa para 2003.

33. Um estudo de Szwarcwald e Carvalho (2001) incluiu 132 locais-sentinelas e coletas anônimas de sangue de 15.426 mulheres grávidas. Ao todo, 0,47% das mulheres (IC de 95% 0,36, 0,58) estavam infectadas por HIV. Usando uma razão de gênero derivada de notificações recentes de AIDS, a taxa de homens em idade reprodutiva foi estimada em 0,84% (IC de 95% 0,65, 1,04). A combinação desses dois grupos resultou numa taxa de prevalência total de 0,65% (IC de 95% 0,51, 0,80) para a população entre 15-49 anos em todo o país. Esse estudo de alta qualidade é, provavelmente, a melhor estimativa disponível da taxa real de infecção por HIV no Brasil em 2000. Usando intervalos de confiança maiores (68%) e dados do censo da população nacional, os números totais de infecção por HIV chegam a 597.000, com o limite inferior de 548.000 e o superior de 647.000. Foi esse o estudo que gerou os gráficos amplamente usados que mostram 0,65 % de prevalência de HIV e o número estimado de 600.000 pessoas vivendo com HIV em 2000. Há poucas razões para pensar que essas estimativas sejam substancialmente mais baixas ou mais altas do que os intervalos de confiança de 68%. Embora a história do HIV/AIDS sugira que a complacência é sempre um perigo, a caracterização da epidemia como estando concentrada parece, no todo, correta.

permanece concentrada, ainda grandemente limitada a indivíduos e grupos engajados em comportamentos de alto risco de contaminação pelo HIV, incluindo HSH, UDI, profissionais do sexo, heterossexuais com múltiplos parceiros e mulheres parceiras de UDI e de homens bissexuais. Embora não haja dúvida de que a transmissão continua a ocorrer em pessoas em situação de risco (e uma crescente proporção dessas é de mulheres, especialmente parceiras de UDI e de homens bissexuais), não há qualquer evidência de aceleração ou crescimento das taxas de novas infecções. Ao contrário, as infecções por HIV estão estáveis ou são ligeiramente declinantes, enquanto o tempo de sobrevida está aumentando significativamente.

Os modos de transmissão da epidemia, a prevalência, os comportamentos de grupos de alto risco e a prevalência por regiões do país vêm mudando desde o início da década de 1980. De 1980 para 1990, a transmissão sexual foi responsável por 63,8% dos casos de AIDS, e esse número aumentou gradualmente até chegar a 74,4% dos casos em 2000. Dentro dessa categoria, a transmissão através de HSH caiu de mais da metade dos 47,1% de todos os casos de AIDS, durante os anos 80, para 20,3% em 2000, embora a parcela dos casos atribuíveis à transmissão heterossexual tenha mais que triplicado, passando de 16,4 para 54,1%. A disseminação entre heterossexuais ainda é limitada a grupos de alto risco (parceiros de UDIs e de homens bissexuais e pessoas com múltiplos parceiros). A transmissão através do uso de drogas injetáveis cresceu de estimados 18,5% do total de casos, nos anos 80, para um pico de 24,8% em 1992, declinando nos anos seguintes até chegar a 11,4% em 2000. A transmissão por transfusão caiu de 5,3% do total de casos relatados de AIDS, nos anos 80, para 0,2% em 2000, e a transmissão perinatal cresceu de 1,8%, nos anos 80, para 2,5% em 2000 (ver Tabela 1).

Tabela 1: Casos Relatados de AIDS segundo Modo de Transmissão e Ano de Diagnóstico (por cento)

	<i>Acumulado</i>	<i>Anual</i>					<i>Total Acumulado</i>
	<i>1980-90</i>	<i>1992</i>	<i>1994</i>	<i>1996</i>	<i>1998</i>	<i>2000</i>	<i>1980-2002</i>
Sexual	63,8	59,2	60,0	61,5	70,2	74,4	65,6
HSH	47,4	33,5	26,9	21,8	22,4	20,3	26,6
Hetero.	16,4	25,7	33,1	39,7	47,8	54,1	39,0
UDI	18,5	24,8	21,4	17,9	13,3	11,4	17,2
Transfusão	5,3	2,4	1,8	1,7	0,2	0,2	0,5
Perinatal	1,8	2,8	3,4	4,0	3,3	2,5	3,0
Desconhecido	10,7	10,8	13,3	15,0	13,0	11,6	12,4
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, março de 2002.

Estudos sobre a prevalência de HIV entre grupos de mais alto risco revelam níveis de prevalência de 36,3% entre UDIs, 10,8% entre HSH e 6,5% entre profissionais do sexo (ver Tabela 2) em várias amostras relativas aos anos recentes, a maior parte sendo de âmbito local/regional. Como observado na Tabela 2, esses dados devem ser interpretados com cautela. Dados sobre tendências da prevalência do HIV ao longo do tempo não estão disponíveis para HSH e profissionais do sexo.

A incidência de AIDS no Brasil, medida por ano de diagnóstico, cresceu de 8,2/100.000, em 1991, para um pico de 18,2/100.000 em 1998, com uma queda para 12,04 registrada em 2002, mas os padrões variam entre regiões. Em 2002, o Sul ultrapassou o Sudeste como a região com as mais altas incidências; e taxas de incidência no Norte e no Nordeste, embora mostrem ligeiro declínio em 2000, ainda são preocupantes (Ver Tabela 3). Novamente, as tendências de casos de AIDS refletem níveis de transmissão ocorridos cerca de 10 anos antes.

Tabela 2: HIV Taxas de infecção e indicadores de risco para populações de alto risco (UDI, profissionais do sexo, HSH) no Brasil, 1999-2002

<i>Indicador</i>	<i>UDI</i>	<i>profissionais do sexo c3/</i>	<i>HSH</i>
Prevalência de HIV	1999 a/ 52% 2001 b/ 36,3%	2001 6,5%	1994-99 10.8%
Prevalência de HCV	1999 60% 2001 56,4%	2001 4,5%	
Uso de preservativo	1999 42,1% 2001 62,9%	clientes 73,8% parceiros regulares 23,9%	2001 d/ parc. reg. 81% ocasionais 95% 2002 e/ 70% uso em todas as relações anais nos últimos 6 meses
Já testado para HIV	1999 52% 2001 66,4%	49,2%	2000 73% 2002 69%
Agulhas partilhadas	1999 70% 2001 59,4%		
Tamanhos das amostras	N 1999= 287 N 2001=869	N 2001= 3000	N 94-99= 1.082 N 2001= 800 N 2002= 1.200

Fontes: Ministério da Saúde/PNC 2003, compilados dos seguintes estudos:

a/ Universidade Federal de Minas Gerais e PNC sobre 287 UDIs em cinco cidades

b/ Universidade Federal de Minas Gerais e PNC sobre 869 UDIs em sete cidades

c/ Universidade Federal de Brasília e PNC sobre 3.000 profissionais do sexo em cinco cidades

d/ Pesquisa de opinião realizada pelo IBOPE com 800 HSH em sete capitais

e/ Pesquisa de opinião realizada pelo IBOPE com 1.200 HSH em dez capitais.

Nota: Todos esses dados têm que ser interpretados com cautela. O primeiro estudo sobre UDIs foi de qualidade duvidosa, e incluía apenas usuários do programa. Os dados sobre uso de preservativos e sobre teste para HIV entre profissionais do sexo referem-se apenas aos profissionais do sexo que participavam do projeto. O uso de preservativos com clientes por profissionais do sexo não participantes é menor (60% versus 74%), como também é menor a percentagem daqueles que já fizeram algum teste de HIV (36% versus 49%). Dados sobre HSH para 1994-99 baseiam-se em uma amostra muito distorcida, havendo considerável atrito entre as amostras.

Tabela 3: Casos relatados de AIDS (número) e incidência(por 100.000) por região, 1980-2002

<i>Região</i>	<i>Acomulado</i>	<i>Anual</i>										<i>Total</i>
	<i>1980-90</i>	<i>1992</i>		<i>1994</i>		<i>1996</i>		<i>1998</i>		<i>2000</i>		<i>1980-2002</i>
	<i>Casos</i>	<i>Casos</i>	<i>Incidência</i>	<i>Casos</i>	<i>Incidência</i>	<i>Casos</i>	<i>Incidência</i>	<i>Casos</i>	<i>Incidência</i>	<i>Casos</i>	<i>Incidência</i>	<i>Casos</i>
Norte	221	185	1,8	317	2,9	455	4,0	644	5,4	663	5,3	5.992
Nordeste	1.637	1.039	2,4	1.405	3,2	2.005	4,5	2.773	6,1	2.692	5,8	25.905
Centro Oeste	760	653	6,8	925	9,2	1.243	11,8	1.330	12,1	1349	11,8	13.824
Sudeste	20.732	11.918	18,8	14.067	21,5	27.803	26,6	19.295	28,0	16.299	23,0	203.537
Sul	1.831	1.523	6,8	2.517	11,0	3.813	16,2	5.327	22,1	5470	22,1	48.190
Brasil	25.172	15.318	10,3	19.231	12,5	25.319	16,1	29.370	18,2	26.474	15,9	297.468

Fonte: Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, março de 2002

Inclui dados preliminares até setembro de 2003.

2002	
Casos	Incidência
606	4,5
2.383	4,9
957	7,9
11.861	15,9
5.089	19,8
20.897	12,0

Anexo D. AIDS I e II: Apresentação dos Componentes do Projeto

Projeto I de Controle de AIDS e DST– Componentes

Prevenção, através de:

- (a) Programas de informação, educação e comunicação enfatizando intervenções direcionadas para informar tanto a população em geral quanto, particularmente, algumas populações específicas sobre os riscos de contrair HIV/AIDS e meios de prevenção ou tratamento;
- (b) Expansão da capacidade dos quadros de saúde para diagnosticar HIV, AIDS e DSTs através do aumento de locais e da capacitação de pessoal;
- (c) Ampliação da capacidade e da habilitação do setor público para aconselhamento, testes e intervenções precoces; e
- (d) Aquisição e distribuição de preservativos.

Serviços, incluindo:

- (a) implantação de sistemas para identificar e tratar DSTs; e
- (b) integração de serviços de prevenção e tratamento de HIV/AIDS com aconselhamento de base permanente, visando melhorar o acesso aos serviços e sua prestação, e também para direcionar pacientes para alternativas de atendimento eficazes e de baixo custo, evitando hospitalizações.

Desenvolvimento institucional para criar capacidade de controle do HIV/AIDS e DSTs, através de:

- (a) treinamento de pessoal da área da saúde (já existente, na maior parte) para prestação de serviço, controle de qualidade e monitoramento de AIDS, para testes de laboratório e controle de qualidade, e para aconselhamento e tratamento através do SUS;
- (b) aperfeiçoamento de Laboratórios de Referência Nacional segundo um padrão básico em cada macro-região, para apoiar testes de HIV/AIDS e DSTs; e
- (c) assistência técnica.

Vigilância, Pesquisa e Avaliação, através de:

- (a) vigilância epidemiológica;
- (b) avaliação do programa de informação, educação e comunicação, aconselhamento e testes, e garantia de qualidade dos testes laboratoriais; e
- (c) estudos especiais, incluindo análise epidemiológica e projeções de custos e de relações custo-efetividade de intervenções; e o impacto econômico do HIV/AIDS.

Projeto II de Controle de AIDS e DST - Componentes

Prevenção de AIDS e DST (\$128 milhões), incluindo:

- (a) campanhas de massa para aumentar a consciência e a compreensão sobre a transmissão de AIDS e DST e promover práticas mais seguras;
- (b) promoção de práticas seguras através de educação, distribuição de preservativos e programas de troca de seringas e agulhas;
- (c) intervenções direcionadas entre sub-grupos específicos, com maiores riscos de contrair e/ou disseminar o vírus do HIV, incluindo homossexuais e homens bissexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo; adolescentes, populações encarceradas, caminhoneiros e outros; e atividades preventivas orientadas para outros grupos vulneráveis como as mulheres e populações de baixa renda;
- (d) uma Rede Nacional de Direitos Humanos para promover a não-discriminação contra pessoas com HIV/AIDS;
- (e) sub-projetos para a prevenção de AIDS e DST executados por ONGs, selecionados através de procedimentos competitivos; e
- (f) Serviço de aconselhamento e linha direta de informação (*hotline*) sobre AIDS (Pergunte AIDS).

Diagnóstico, Tratamento e Assistência para Pessoas com HIV, AIDS e DST (US\$102 milhões) para apoiar/melhorar:

- (a) a operação, padronização e controle da qualidade de testes laboratoriais; a implantação de quase 100 novos Centros de Testagem Anônima e Aconselhamento (CTAs) e a manutenção de centros existentes selecionados; o apoio a laboratórios municipais de saúde pública, através da compra de equipamentos e suprimentos para testes de carga viral, contagem de células CD4 e outros testes diagnósticos; em *complemento aos investimentos sendo financiados pelo projeto REFORSUS em laboratórios públicos, bancos de sangue e controle de transfusões*;
- (b) assistência e tratamento de pessoas com HIV, AIDS e DST, incluindo cerca de 80 casas de apoio para prestação de cuidados a pacientes com AIDS e cerca de 40 casas para órfãos da AIDS; também seriam apoiadas cerca de 80 unidades especializadas de assistência já existentes, 30 hospitais-dia existentes, 40 programas existentes de assistência domiciliar e assistência a pacientes de AIDS, internados em cerca de 100 hospitais;
- (c) fortalecimento de serviços de diagnóstico e tratamento de DST, através de: treinamento para gerenciamento de casos de DST; licenciamento de cerca de 10 centros de referência nacionais de DST para rever e testar normas e procedimentos e realizar estudos especiais; e provisão de reagentes, medicamentos, preservativos, material educacional e outros; e
- (d) implementação de um sistema centralizado de controle logístico de medicamentos e preservativos, implementação de um sistema de controle de custos da assistência a HIV/AIDS e desenvolvimento de um sistema de referência para assistência ginecológica a mulheres HIV positivas.

Fortalecimento Institucional (US\$70 milhões) de Agências Executoras Responsáveis pelo Controle de AIDS e DST, para que possam apoiar:

- (a) a vigilância epidemiológica, incluindo pesquisas-sentinelas para HIV/AIDS e expansão ou aperfeiçoamento do sistema de notificação de casos de HIV e DST, bem como um estudo nacional sobre a transmissão de DST, estudos de prevalência de HIV entre grupos de risco específicos, estudos sobre sub-tipos de HIV e outros estudos epidemiológicos;
- (b) os Laboratórios de Referência Nacional para HIV e DST, incluindo apoio para controle de qualidade dos testes laboratoriais, expansão da rede nacional para estudos de resistência a medicamentos para DST, implementação de uma rede para monitorar a suscetibilidade do HIV a terapias anti-retrovirais;
- (c) atividades de treinamento, incluindo treinamento de pessoal da Coordenação Nacional de DST/AIDS, treinamento especializado de pessoal da saúde envolvido na prevenção e no tratamento entre grupos de alto risco, treinamento para pessoal de ONGs em desenvolvimento de projeto e elaboração de relatórios, bem como treinamento em aconselhamento e testes, epidemiologia e diagnósticos laboratoriais para AIDS e DST;
- (d) a realização de pesquisas, incluindo estudos de sobrevivência, atrasos na notificação de casos, doenças oportunistas, epidemiologia e projeções, custo e impacto, mudanças comportamentais, AIDS entre populações indígenas, em campos de mineração e em reservas extrativas, um estudo nacional sobre mudanças de comportamento sexual, e outros. O componente incluiria também a seleção e apoio de cerca de 3 centros de excelência científica para a realização de pesquisas multidisciplinares de longo prazo; e o monitoramento e a avaliação de atividades, incluindo fortalecimento da supervisão e avaliação de CTAs, laboratórios de saúde pública, e a rede de investigação de casos de sífilis; avaliação de todas as instituições estaduais e municipais realizando atividades do projeto; avaliação de projetos de ONGs, incluindo o monitoramento de 80 desses projetos, estudos de conhecimentos, atitudes e práticas (estudos KAP, em inglês) sobre o impacto de atividades de prevenção nos locais de trabalho; *workshops* sobre avaliação para as ONGs participantes; preparação de relatórios de monitoramento e avaliação; estudos de impactos do projeto; e avaliação de intervenções entre populações específicas.

Anexo E. Custos do Projeto e Financiamento

Tabela E-1: AIDS I
Custo do Projeto por Componente
 (US\$ milhões)

Componente	Estimativas na Avaliação Inicial*			Custo Real**	
	Custo Base	Custo Total	Valor	% do Base	% do Total
Prevenção	93,9	102,7	120,0	128%	117%
Serviços	75,7	84,6	75,0	99%	89%
Desenv. Instit.	42,3	46,5	47,5	112%	102%
Vigilância, Pesquisa e Avaliação	14,6	16,2	7,5	51%	46%
Contingências Físicas	8,7	-			
Contingências Preços	14,8	-			
Custo Total Projeto	250,0	250,0	250,0		100%

*Fonte: Documento de Avaliação do Projeto.

**Fonte : Relatório Final de Implementação.

Tabela E-2: AIDS II
Custo do Projeto por Componente
 (US\$ milhões)

Componente	Estimativas na Avaliação Inicial *			Custos reais**	
	Custo Base	Custo Total	Valor	% do Base	% do Total
Prevenção	19,0	128,0	132,92	112%	104%
Diagnóstico Tratamento, Assistência	94,0	102,0	87,23	93%	86%
Fortalecimento Institucional	65,0	70,0	76,35	117%	109%
Contingências Físicas	0	-			
Contingências Preço	22,0	-			
Custo Total Projeto	300,0	300,0	296,50		99%

* Fonte: Documento de Avaliação do Projeto.

**Fontes : Relatório de Implementação e Avaliação, 1998 a 2003, Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR – Projeto AIDS II, Versão Preliminar, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS, Brasília-DF, agosto de 2003.

Tabela E-3: Transferências para governos locais através do AIDS I, em dólares

Estado	Transferências 1994-98	População 2000	Total per capita (2000)
Acre	690.902	557.882	1,24
Alagoas	830.654	2.827.856	0,29
Amapá	328.544	477.032	0,69
Amazonas	973.099	2.817.252	0,35
Bahia	4.641.070	13.085.769	0,35
Ceará	5.359.740	7.431.597	0,72
Distrito Federal	5.260.998	2.051.146	2,56
Espírito Santo	1.191.234	3.097.498	0,38
Goiás	1.376.667	5.004.197	0,27
Maranhão	1.825.543	5.657.552	0,32
Mato Grosso	1.567.443	2.505.245	0,62
Mato Grosso do Sul	4.075.972	2.078.070	1,96
Minas Gerais	4.227.125	17.905.134	0,24
Pará	2.350.517	6.195.965	0,38
Paraíba	1.281.765	3.444.794	0,37
Paraná	7.053.120	9.564.643	0,74
Pernambuco	4.453.386	7.929.154	0,56
Piauí	2.683.067	2.843.428	0,94
Rio de Janeiro	14.732.832	14.392.106	1,02
Rio Grande do Norte	2.777.622	2.777.509	1,02
Rio Grande do Sul	5.741.235	10.187.842	0,56
Rondônia	1.165.395	1.380.952	0,84
Roraima	1.224.480	324.397	3,77
Santa Catarina	6.081.919	5.357.864	1,14
São Paulo	30.909.393	37.035.456	0,83
Sergipe	1.611.172	1.784.829	0,90
Tocantins	1.425.299	1.157.690	1,23
Total/Média	115.840.193	169.872.859	0,68

Fonte: Ministério da Saúde, PNC.

Tabela E-4: Financiamento do Projeto

**Governo Brasileiro
Investimento em DST/AIDS
(1997–2001)**

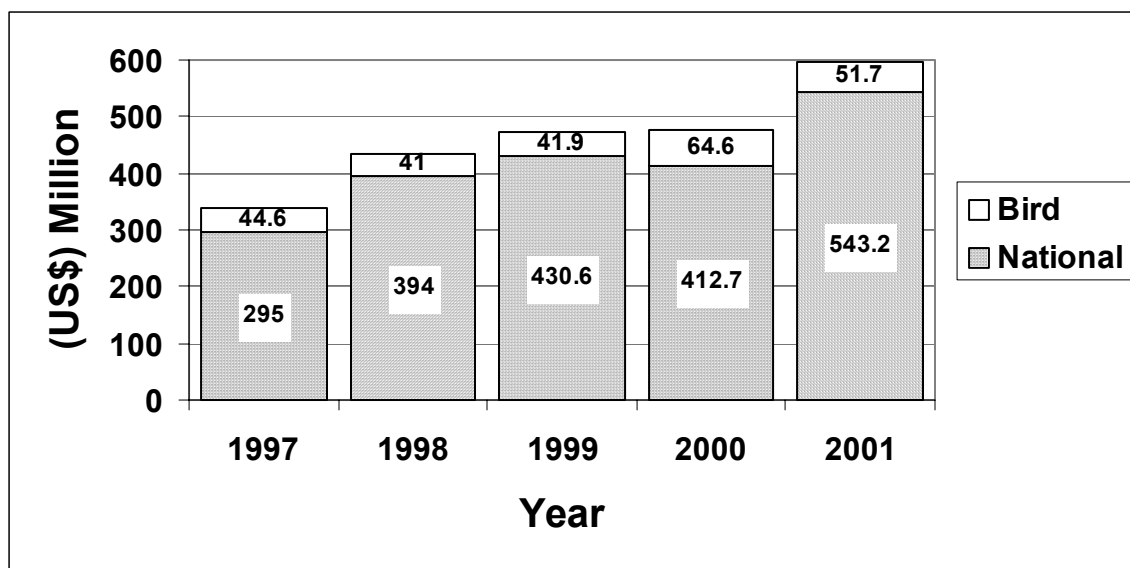


Tabela E-5: Transferências para ONGs no AIDS I e AIDS II, por Estado

Estados	Nº de ONGs	Apoio US\$	Alcance US\$	Total US\$	População	Gastos pr capita (% da média)	Gastos de alcance
							per capita (% da média)
<i>Norte</i>							
Amazonas	8	30.387	163.844	194.231	2.817.252	46	58
Acre	10	34.185	283.201	317.386	557.882	379	506
Amapá	6	43.557	31.166	74.723	477.032	104	65
Para	25	302.882	326.930	629.812	6.195.965	68	53
Rondônia	14	19.435	237.646	257.081	1.380.952	124	172
Roraima	3	10.039	43.845	53.884	324.397	111	135
Tocantins	7	0	86.279	86.279	1.157.690	50	74
<i>Nordeste</i>							
Alagoas	6	93.683	52.444	146.127	2.827.856	34	19
Bahia	44	351.337	1.070.365	1.421.702	13.085.769	72	82
Ceará	46	244.589	915.160	1.159.749	7.431.597	104	123
Maranhão	10	44.948	161.729	206.677	5.657.552	24	29
Paraíba	17	241.374	300.962	542.336	3.444.794	105	87
Pernambuco	22	250.710	717.311	968.021	7.929.154	81	90
Piauí	10	83.816	107.149	190.965	2.843.428	45	38
Rio Grande do Norte	10	66.188	235.225	301.413	2.777.509	72	84
Sergipe	12	91.130	274.466	365.596	1.784.829	137	153
<i>Centro-Oeste</i>							
Mato Grosso	16	34.869	268.967	303.836	2.505.245	81	107
Mato Grosso do Sul	31	77.907	678.721	756.628	2.078.070	243	326
Goiás	21	350.425	327.932	678.357	5.004.197	90	65
Distrito Federal	35	397.388	589.357	986.745	2.051.146	321	287
<i>Sudeste</i>							
Espírito Santo	14	62.040	133.872	195.912	3.097.498	42	43
Minas Gerais	32	601.722	554.654	1.156.376	17.905.134	43	31
Rio de Janeiro	124	1.152.101	2.717.906	3.870.007	14.392.106	179	188
São Paulo	185	2.594.280	3.780.495	6.374.775	37.035.456	115	102
<i>Sul</i>							
Paraná	45	307.852	1.110.555	1.418.407	9.564.643	99	116
Rio Grande do Sul	45	608.063	1.061.197	1.669.260	10.187.842	109	104
Santa Catarina	35	345.975	795.091	1.141.066	5.357.864	142	148
<i>Brasil</i>	830	8.440.882	17.026.468	25.467.350	169.872.859	100	100

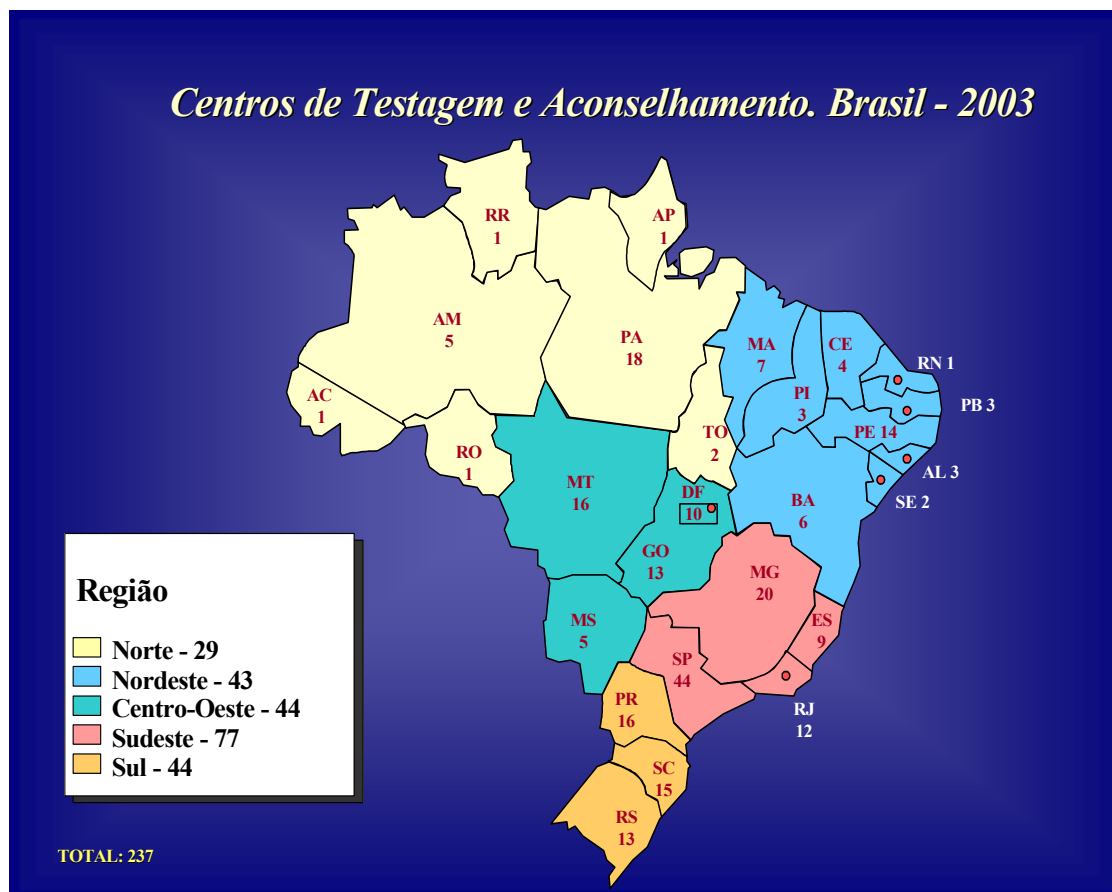
Anexo F. Dados Selecionados sobre Desempenho do Projeto

Tabela F-1: Casos de DST notificados por ano. Brasil, 1996-2001

DST	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
Cervicite	826	241	373	6.893	24.703	32.212	65.248
HPV	659	389	1.867	5.941	15.852	15.570	40.278
Herpes Genital	44	94	172	790	2.131	2.204	5.435
Sífilis	2.710	1.254	2.395	11.496	15.968	13.138	46.961
Úlceras Genitais	69	49	101	1.083	2.696	2.861	6.859
Uretrites	1.165	796	2.075	10.940	21.974	19.188	56.138
Sífilis congênita	376	2.025	3.868	4.366	4.487	3.316	18.438
TOTAL	5.849	4.848	10.851	41.509	87.811	88.489	239.357

Fonte: SINAN

Mapa F-2: Número e Distribuição de Centros de Aconselhamento e Testagem (CATs) no Brasil, 2003



Fonte: PNC, 2003

Tabela F-3: Admissões de casos de AIDS no SUS, número de admissões evitadas e economia de recursos, 1996-2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nº de admissões de AIDS registradas no DATASUS	25.458	25.157	24.700	25.027	26.655	25.274 (*)
Número estimado de pacientes atendidos pelo SUS (ano)	15.390	31.140	43.823	57.604	69.447	90.400
Número médio de admissões/pacientes por ano	1,65	0,81	0,56	0,43	0,38	0,28
Número estimado de admissões no ano, mantendo número médio de admissões para 1996		51.511	72.491	96.542	114.876	149.539
Número estimado de admissões evitadas no ano		26.354	47.791	71,54	88.221	124.265
Custo estimado de admissões evitadas no (US\$ milhões)		76.27	138.31	207.06	255.32	359.64

(*) gráficos até 30/11/2001

Gráfico F-4: Custo médio (US\$) de terapia com ARVs por paciente/ano no Brasil, 1996 a 2002*

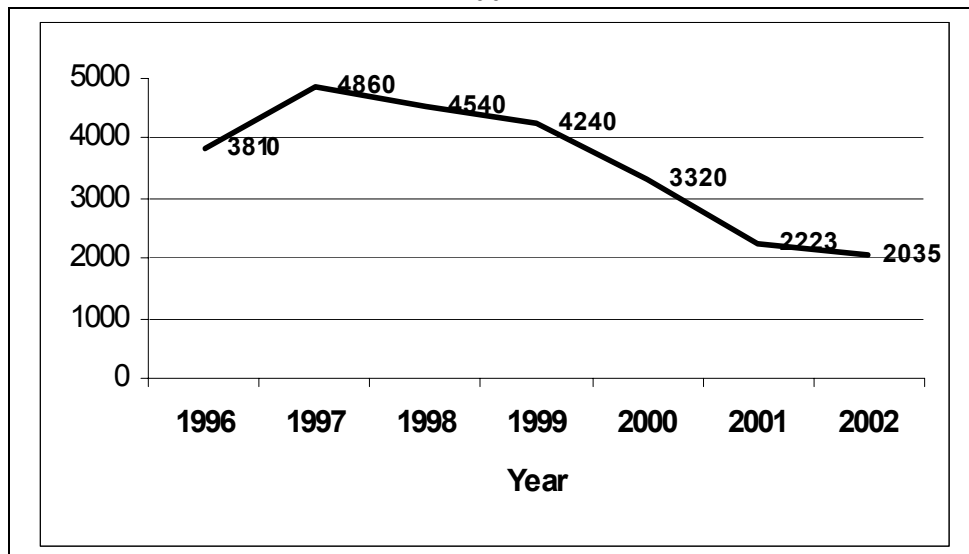


Tabela F-5: Intervenções direcionadas para profissionais do sexo, usuários de drogas via intravenosa (UDI) e homens que fazem sexo c/ homens(HSH), 1998–2003

Grupo visado	Nº de Projetos - Total	População coberta	População estimada	Taxa de cobertura
Profissionais do sexo	1999 – 25	547	899.396	
	2000 – 54			
	2001 – 106			
	2002 – 235			
	2003 – 127			
UDI	1998/99 – 30	631	145.807	800.000
	2000 – 49			
	2001- 125			
	2002 – 160			
	2003 – 267			
HSH	1999 – 17	486	3.074.980	3.200.000
	2000 – 30			
	2001 – 57			
	2002 – 138			
	2003 – 234			

Fonte: Ministério da Saúde/PNC, 2003

Tabela F-6: Soroprevalência de HIV por tipo de grupo/local-sentinela e período de notificação, 1997-2000

Período de notificação	Grupo	# Locais	# Pessoas testadas	HIV-positivo		Intervalo de confiança de 95%
				#	%	
Março 1997	Pacientes DST	19	3.392	143	4,22	[3,54 – 4,89]
	Mulheres grávidas	32	6.091	71	1,17	[0,90 – 1,44]
	Pacientes de pronto-socorros	27	5.100	220	4,31	[3,76 – 4,87]
Outubro 1997	Pacientes DST	36	6.102	205	3,36	[2,91 – 3,81]
	Mulheres grávidas	55	10.234	89	0,87	[0,69 – 1,05]
	Pacientes de pronto-socorros	44	7.941	342	4,31	[3,86 – 4,75]
Março 1998	Pacientes DST	38	7.247	221	3,05	[2,65 – 3,45]
	Mulheres grávidas	55	10.656	58	0,54	[0,40 – 0,68]
	Pacientes de pronto-socorros	44	8.288	173	2,09	[1,78 – 2,40]
Outubro 1998	Pacientes DST	32	6.327	179	2,83	[2,42 – 3,24]
	Mulheres grávidas	51	10.218	61	0,60	[0,45 – 0,75]
	Pacientes de pronto-socorros	41	8.214	217	2,64	[2,30 – 2,99]
Março 1999	Pacientes DST	36	6.901	121	1,75	[1,44 – 2,06]
	Mulheres grávidas	61	12.081	90	0,74	[0,59 – 0,90]
	Pacientes de pronto-socorros	45	8.869	213	2,40	[2,08 – 2,72]
Outubro 1999	DST pacientes	39	6.711	198	2,95	[2,55 – 3,36]
	Mulheres grávidas	64	11.222	91	0,81	[0,64 – 0,98]
	Pacientes de pronto-socorros	46	8.688	248	2,85	[2,50 – 3,20]
2º semestre 2000	Mulheres grávidas	128	15.426	88	0,57	[0,45 – 0,69]
	Pacientes DST	25	4.636	124	2,67	[2,21 – 3,14]

Fonte: Ministério da Saúde/Estatísticas do PNC

Tabela F-7: AIDS II: Distribuição de intervenções direcionadas

<i>Região</i>	<i>Inci- dência 2000</i>		<i>Projetos Sociedade Civil</i>		<i>Projetos HSH</i>		<i>Projetos Prisões</i>		<i>Projetos Caminhoneiros</i>	
	<i>% Popul.Total</i>	<i>US\$ %</i>	<i>% parc.</i>	<i># Proj</i>	<i>% parc.</i>	<i># Proj</i>	<i>% parc.</i>	<i># Proj</i>	<i>% parc.</i>	
Centro- Oeste	9,8	7	6,4	9	59	13	5	8,5	1	4
Nordeste	5,0	28	11,1	16	122	26	11	19	2	7
Sul	3,8	8	4,2	6	21	4	5	8,5	7	26
Sudoeste	16,9	42	36,4	52	209	44	25	42	10	37
Sul	18,7	15	11,6	17	61	13	13	22	7	26
Total/ Média	12,4	100	69,7	100	472	100	59	100	27	100

<i>Região</i>	<i>Projetos p/Pobres</i>		<i>Projetos p/Mulheres</i>		<i>Projetos de ONGsp/Adolescentes</i>		<i>Projetos p/Populações Reassentadas</i>		<i>Projetos p/Povos Indígenas</i>	
	<i># Proj</i>	<i>% parc.</i>	<i># Proj</i>	<i>% parc.</i>	<i># Proj</i>	<i>% parc.</i>	<i># Proj</i>	<i>% parc.</i>	<i># Proj</i>	<i>% parc.</i>
Centro- Oeste	12	8	na	7	18	16	21	29	15	34
Nordeste	36	22	na	23	28	25	23	32	2	5
Norte	9	6	na	6	4	4	13	18	17	39
Sudeste	90	56	na	45	50	45	12	16	5	11
Sul	13	8	na	19	11	10	4	5	5	11
Total	160	100	na	100	111	100	73	100	44	100

Fonte:: Ministério da Saúde/ PNC 2003

Tabela F-8: AIDS II. Parcela dos Projetos vs. Parcela da População Total

<i>Região</i>	<i>Incidência de casos de AIDS em 2000 (por 100.000 pessoas)</i>	<i>% da população total</i>			
			Menos que	Igual a (dentro de 3 pontos percentuais)	Mais que
Centro Oeste	9,8	7		Soc.civil: 9% Caminhon: 4% Pobres: 8% Mulheres: 7% Prision: 8.5%	HSH: 13% Indíg: 34% Adolesc: 16% Assent: 29%
Nordeste	5,0	28	Soc. civil: 16% Prision: 19% Caminhon: 7% Pobres: 22% Mulheres: 23% Indígenas: 5%	HSH: 26% Adolesc: 25%	Assent: 32%
Norte	3,8	8	HSH: 4% Adolesc: 4%	Prision: 8.5% Soc. civil: 6% Pobres : 6% Mulheres : 6%	Caminhon: 26% Assent: 18% Indig: 39%
Sudoeste	16,9	42	Caminhon: 37% Assent.: 16% Indígen: 11%	Prision: 42% HSH: 44% Mulheres: 45% Adolesc: 45%	Soc. civil: 52% Pobres: 56%
Sul	18,7	15	Pobres: 8% Adolesc: 10% Assent: 5% Indígen: 11%	HSH: 13% Soc. civil: 17%	Prision: 22% Caminhon: 26% Mulheres: 19%

Anexo G. Comentários do Governo

Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS

COMENTÁRIOS SOBRE O RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DOS PROJETOS AIDS I E AIDS II, ELABORADO PELO BIRD

O Departamento de Avaliação do BIRD apresentou ao Programa Nacional de DST e Aids – PN–DST/Aids, um documento, não definitivo, de avaliação do Projeto Aids I – Acordo de Empréstimo BIRD 3659/BR e do Projeto Aids II – Acordo de Empréstimo BIRD 4392/BR, solicitando que o Programa Nacional realizasse uma revisão e apresentasse os comentários sobre o documento.

Após um processo compartilhado de equipe, estabelecido entre as Unidades do PN, foram levantados e apresentados os seguintes comentários:

Vigilância epidemiológica: Em consonância com as diretrizes da UNAIDS, o Brasil vem se esforçando para desenvolver uma Vigilância de Segunda Geração, combinando um conjunto de estratégias de forma a garantir “informação útil para a ação em saúde pública”. São elas: a notificação universal e compulsória da AIDS (desde 1986) e de Gestantes Soropositivas e Crianças Expostas (desde 2000); a vigilância-sentinela do HIV e de comportamentos de risco (através de grupos-sentinela e constituição de serviços-sentinela); o monitoramento da prevalência do HIV em populações mais vulneráveis; a realização de estudos transversais na população em geral e de alto risco para a infecção, além do cruzamento das bases de dados nacionais (Sistema de Informações de Agravos de Notificação, Sistema de Informações de Mortalidade e Sistema de Informações Hospitalares, além do SICLOM, SI-CTA e SISCEL).

No caso do AIDS I, foram implantados “150 locais de vigilância-sentinela (meta de 80) em clínicas obstétricas, pronto-socorros [tendo conseguido gerar dados sobre a prevalência do HIV em tempo hábil para a avaliação do projeto AIDS I] e clínicas de DST [considerada não-confiável]” (páginas 13 e 14, parágrafo 4.11) e, além disso, “pesquisas e estudos realizados com o apoio do projeto forneceram importantes informações e percepções sobre o HIV e a dinâmica dos padrões comportamentais” (página 14, parágrafo 4.12). As pesquisas, em verdade, foram não apenas financiadas pelo PN DST/AIDS como integram seu sistema de vigilância.

Em relação ao AIDS II, 2001 foi o ano em que iniciamos a implantação do Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (SI-CTA) com o propósito de gerar um fluxo contínuo de dados confiáveis e representativos para a vigilância sorológica e comportamental do HIV entre gestantes e alguns grupos com alto risco de se infectarem. Em 2003, no período da Missão do Banco, já haviam dados registrados nesse sistema não sendo verdadeiro que, “no encerramento do AIDS II, a vigilância ainda está limitada a mulheres grávidas e recrutas militares”, que “nenhuma vigilância de rotina foi realizada

durante 2001 e 2002”, e que “dados para 2003 ainda não estão disponíveis” (páginas 22 e 23, parágrafo 4.32).

A incidência de AIDS vem mantendo-se estável, em torno de 25.000 casos novos por ano, ou 15 casos novos por 100.000 habitantes há 5 anos. Com relação à infecção pelo HIV, estudo de prevalência do HIV em parturientes, com base populacional realizado no ano 2000, em 140 maternidades, apontou para uma prevalência do HIV em parturientes no País de 0,61% (IC95% 0,48% – 0,73%). Comparando-se esse resultado com os de estudos de prevalência em parturientes realizados em lugares-sentinelas de março de 1997 a outubro de 1999, observa-se também a estabilização da infecção pelo HIV nessa população (março/97 – 1,2%; outubro/97 – 0,8%; março/98 – 0,5%; outubro/98 – 0,6%; março/99 – 0,7%; outubro/99 – 0,8%). “*Pode-se notar que, cerca de 20 anos após os primeiros casos de AIDS terem sido identificados no país, a epidemia de HIV no Brasil permanece concentrada em uma população de alto risco, tendo a prevalência do vírus sido confiavelmente estimada pelo Ministério da Saúde em 0,65% dos adultos em idade reprodutiva*” (páginas 15 e 16, parágrafo 4.15).

Com relação ao monitoramento do comportamento sexual da população em geral, deve-se dar o devido destaque à realização de uma pesquisa de âmbito nacional em 1998 que teve exatamente o propósito de servir de linha-de-base para a vigilância do comportamento sexual da população brasileira no AIDS II. A reprodução desta pesquisa em 2004 permitirá uma avaliação das tendências do comportamento sexual da população brasileira urbana nesse intervalo de tempo, servindo ademais como linha-de-base para o AIDS III, o que facilitará grandemente a avaliação da efetividade e do impacto desse projeto e do programa brasileiro em geral.

Quanto a “*uma rotina de vigilância comportamental e de HIV*” entre grupos de alto risco para a infecção (HSH, profissionais do sexo e UDI), foram realizados estudos com profissionais do sexo (1 corte), usuários de drogas injetáveis (2 cortes), um estudo em portadores de DST está na fase final de execução e estudos especiais (com prioridade na população HSH) estão por se realizar com o apoio do projeto. Mas é claro que o Brasil “*deve aprimorar e expandir seus esforços de vigilância para permitir monitoramento rotineiro e sistemático e análise das tendências de infecções por HIV, bem como das dinâmicas de padrões comportamentais entre populações-alvo*”, e que “*a vigilância das infecções por HIV e dos comportamentos deve centrar-se nos grupos de alto risco*” (HSH, UDI, profissionais do sexo) ainda que sem descuidar do monitoramento das tendências na população em geral, devendo se dar especial atenção a conexões entre esses dois grupos, particularmente através de populações-ponte (mulheres parceiras de UDI e bissexuais, e clientes de profissionais do sexo).

O AIDS III está apoiando o Brasil em seus esforços para explorar plenamente o grande volume de dados atualmente disponíveis através de estudos e pesquisas, mas é certo que isso não eliminará a necessidade corrente e futura de coletar dados sobre HIV e sobre o comportamento de populações-alvo. Discordamos, entretanto, que a vigilância comportamental e do HIV entre grupos de alto risco deva ser realizada anualmente, nem que possa ser mais eficientemente executada no nível estadual.

Por fim, deve-se destacar quanto ao levantamento-em-si das informações pelos missionários do Banco Mundial que, centrada como foi a avaliação sobre as atividades de vigilância, monitoramento e avaliação, seria de esperar que a equipe e seus responsáveis técnicos tivessem sido consultados no processo de investigação.

O Programa Nacional de DST/AIDS caracteriza-se por uma busca incessante no aperfeiçoamento de suas ações e na efetiva intervenção no curso da epidemia. Críticas serão sempre bem vindas e necessárias. As críticas dos avaliadores da Missão do Banco serão levadas

em consideração e, sempre que pertinentes, resultarão na melhoria da qualidade do Programa, mas não poderíamos deixar de assinalar que, boa parte delas, decorreram de análises incompletas ou coletadas de interlocutores com conhecimento insuficiente do sistema de vigilância das DST e HIV/AIDS levado a cabo pelo Ministério da Saúde.

Monitoramento e Avaliação: Durante a fase de execução do AIDS I, no período entre 1994 e 1998, foram realizados estudos transversais pontuais de tipo KAPB (conhecimento, atitudes, práticas e comportamentos), que produziram linhas de base para geração de indicadores comportamentais e de serviços de testagem e aconselhamento. Em parceria com o SESI/Nacional foi realizado, por exemplo, um estudo de base populacional dirigido à população de trabalhadores do setor industrial e também para os conscritos do Exército Brasileiro. Esses estudos permitiram dimensionar variáveis associadas ao uso de preservativo, à percepção de risco e à sexualidade. No caso dos conscritos, foi realizada também correlação do estudo KAPB com avaliação sorológica, dando início à vigilância de segunda geração no País. No mesmo período foi conduzido também, pelo Datafolha e CGT, um estudo de opinião com trabalhadores urbanos, onde se buscou avaliar as campanhas nacionais, os conhecimentos, as atitudes e as percepções de risco desses trabalhadores. Tais estudos constituem linha-de-base para as ações de prevenção ao HIV/AIDS no local de trabalho. Em relação às profissionais do sexo e aos garimpeiros, foram conduzidas duas investigações de diagnóstico rápido – *rapid assesment* – para o dimensionamento da situação e dos contextos de vulnerabilidade dessas populações, enfocando as representações sociais, a mobilização social, as percepções de risco e o uso do preservativo. Nesses estudos, foram empregadas as ferramentas provenientes do método etnográfico. A metodologia utilizada privilegiou entrevistas em profundidade, grupos focais, consulta a documentos e entrevistas com informantes chaves.

No mesmo período, um estudo envolvendo sorologia e avaliação foi conduzido com UDI (usuários de drogas injetáveis), a partir de centros de redução de danos. Esse estudo adotou o método de captura e recaptura e permitiu dimensionar a incidência do HIV entre UDI, além de obter informações comportamentais nos cinco locais do estudo. Além disso, a pesquisa também permitiu estabelecer a linha-de-base para a população de UDI. No que se refere aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), o PN DST/AIDS produziu, nesse mesmo período, um estudo de avaliação qualitativa das ações relacionadas à testagem, ao aconselhamento e à qualidade dos serviços. A referida investigação orientou o processo de reestruturação dos CTAs e promoveu modificações na abordagem dos grupos mais vulneráveis.

O período de execução do AIDS II, 1999-2002, confirma a necessidade de implementação de ações de avaliação e avança na elaboração do Plano Nacional de Avaliação, que contemplou a formulação de indicadores e sua vinculação ao processo de gestão do Programa. Cabe ressaltar que essas iniciativas tinham por objetivo superar o estágio de fragmentação e o caráter residual atribuído aos processos avaliativos do período de execução do AIDS I. Assim, inicia-se um processo mais integrado, que combina a necessidade de produção de conhecimentos e a geração de informações para auxiliar o processo de tomada de decisões. É nessa fase que são produzidos estudos sobre tendências da epidemia e de geração de linhas de base para diferentes segmentos populacionais, ao passo em que se consolida a utilização dos processos avaliativos como instrumentos de apoio à gestão. Dentre os estudos mais relevantes deste período destaca-se a pesquisa domiciliar sobre comportamento sexual da população brasileira de 16 a 65 anos, realizado pelo CEBRAP em dezembro de 1998, em 169 micro-regiões do País.

Dentre as principais linhas de ação desenvolvidas nesse período se destacam os estudos de avaliação da intervenção do PN DST/AIDS em populações com maior vulnerabilidade propriamente ditos, a exemplo de: profissionais do sexo, UDI e de adolescentes, que tinham sido

definidos junto ao Banco Mundial, no acordo de empréstimo do AIDS II. Outra iniciativa marcante desse período, abrangida no escopo do AIDS II, é a formulação de um conjunto de indicadores para o monitoramento e avaliação da efetividade das ações desenvolvidas no âmbito do acordo de empréstimo. Nesse período também, foram produzidas tecnologias de informação para subsidiar o acompanhamento e avaliação de ações de assistência e tratamento a pessoas vivendo com HIV/AIDS, a exemplo do SISCEL e do SIAIDS, embora se reconheçam as limitações existentes nesses sistemas até o momento, para sua plena implementação como ferramenta de avaliação. Ainda deve ser mencionada, a implantação do programa de avaliação de qualidade externa de exames laboratoriais para acompanhar o desempenho dos laboratórios de saúde pública com relação à testagem para HIV e carga viral.

Do ponto de vista organizacional, a estrutura do PN DST/AIDS para a implementação das ações de avaliação esteve localizada na Assessoria de Planejamento e Avaliação (ASPLAV), que assumiu a função primordial de reduzir a fragmentação com que foram anteriormente conduzidos estes processos. Apesar dos avanços substanciais alcançados, a área focalizou seus esforços no planejamento e na busca de uma política sustentável que garanta a continuidade de ações programáticas de enfrentamento da epidemia no País.

Redefinição da Estratégia de Monitoramento e Avaliação do PN DST/AIDS

Reconhecendo a importância estratégica das recomendações feitas pelas diversas Missões realizadas pelo Banco Mundial durante a execução dos Projetos AIDS I e II, o Programa Nacional de DST/AIDS, a partir do início do ano de 2003, redefiniu sua estratégia para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação (M&A) de seu programa – e que de alguma maneira sempre estiveram presentes nas atividades desenvolvidas pelo PN DST/AIDS, apesar de pouco sistematizadas – com a criação de uma Área de Avaliação, localizada dentro da ASPLAV. A equipe dessa área conta, atualmente, com dois consultores internos e dois consultores externos, um especialista na Área de Avaliação e outro na Área de Epidemiologia e Análise de Dados, além do apoio técnico e financeiro do *Global Aids Program* do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC-GAP).

Nesse último ano, a Área de Avaliação desenvolveu o Plano Nacional de Avaliação (PNA) do PN DST/AIDS, focado, basicamente, no monitoramento de impacto e resultados. A proposta estratégica desse Plano pressupõe a extrema diversidade e complexidade do programa brasileiro, estabelecendo duas premissas fundamentais: a) o compromisso inerente com a institucionalização e descentralização dos processos avaliativos; e b) uma concepção integradora que viabilize a avaliação do programa considerado sua inserção real no sistema de saúde do país.

Em março do corrente ano, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), em parceria com o PN DST/AIDS e o CDC-GAP, deu início ao *Curso de Pós-Graduação (Especialização e Mestrado Profissionalizante) em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com Ênfase em DST/HIV/AIDS*. Esse curso é a principal estratégia para a descentralização e institucionalização das atividades de M&A. Ele visa à capacitação de equipes dos programas de DST/HIV/AIDS dos diversos níveis de governo, mas priorizando o nível nacional e os técnicos dos cinco locais de excelência em avaliação.³⁴

34. Foram selecionados, estrategicamente, cinco locais de excelência que servirão como pólo irradiador das atividades de M&A em cada uma das cinco regiões brasileiras. São eles: Manaus, o Estado de Pernambuco, o Estado de São Paulo, Curitiba e Campo Grande.

Reconhecimento dos esforços em M&A do PN DST/AIDS

Os esforços do PN DST/AIDS na implantação do processo de institucionalização e descentralização das atividades de M&A já estão sendo reconhecidos, como por exemplo, no *cable*³⁵ da Embaixada Americana no Brasil, com o seguinte assunto “*Experts praise, discuss next steps For CDC AIDS Monitoring and Evaluation Program*,” onde o comentário final foi:

“Throughout the course of the meeting and at its conclusion, the CDC representatives in attendance expressed their optimism about the M&E unit and its training programs, which they agreed showed great potential and represented a necessary evolution in Brazil's HIV/AIDS Control Program.”, e pelo próprio Banco Mundial, em sua última missão:³⁶

“A Missão ficou muito satisfeita com os avanços alcançados no que diz respeito à implantação do sistema de monitoramento e avaliação do programa. A equipe foi fortalecida, contando com um chefe de unidade e uma especialista em estatística, e o apoio pontual da FIOCRUZ e de colaboração da CDC. Estas parcerias têm sido muito frutíferas... O Plano Nacional de Avaliação foi aprimorado para incorporar, além da avaliação de resultados, a construção de um sistema de acompanhamento da implantação do programa e a criação de uma cultura de avaliação. Com a colaboração da CDC, o pessoal do PN está sendo capacitado em M&E, e 5 centros de excelência estão sendo estabelecidos em duas coordenações estaduais e três municipais... Os resultados dos esforços dos últimos meses já são palpáveis. As unidades da gestão do PN estão se focalizando em resultados, a definição de Termos de Referência (TR) de estudos está incluindo a participação da unidade de M&A, os resultados do inquérito do IBOPE foram utilizados no desenho da última campanha nacional sobre testagem, as campanhas estão começando a ser avaliadas, e, as unidades gestoras ao nível nacional e estadual estão pedindo apoio na elaboração de ferramentas de monitoramento.”

EQUIDADE

- O PN atua para a redução da desigualdade de acesso à saúde dos diversos segmentos populacionais, com diferentes graus de vulnerabilidade. O desafio de ampliar a cobertura populacional junto a estes segmentos é um dos compromissos deste Programa;
- as ações de assistência às pessoas vivendo com HI/AIDS e portadores de DST, promovidas pelo PN/DST e AIDS estão inseridas no Sistema Único de Saúde e as diretrizes e normas que regulamentam a implantação e implementação do SUS são respeitadas mediante constantes pactuações em seus três níveis de gestão, possuindo como diretriz a busca da equidade;
- o acesso a serviços de saúde e insumos de diagnóstico e tratamento, para estes cidadãos, apesar de ainda não homogêneo no vasto território nacional, estão garantidos por normas e instrumentos legais, e o PN vem apoiando continuamente com as Unidades da Federação no sentido de ampliá-lo, capilarizando a rede assistencial, e proporcionando avanços tecnológicos, visando não só a rápido e fácil atendimento, quanto a melhoria da qualidade da assistência tornando-a mais resolutiva;
- a participação ativa e intensa da sociedade civil organizada impulsiona o PN a buscar sempre as soluções que mais se adequam ao Sistema Único de Saúde e as necessidades dos seus usuários;
- tabelas E-7 e E-8 do Anexo E não constam no documento do relatório apresentado, não permitindo uma melhor análise;

Alguns erros identificados:

35. Documento gerado pelo Departamento de Ciência e Saúde e enviado para todas as Embaixadas Americanas e para Washington, quando se quiser compartilhar experiências exitosas.

36. Texto constante Ajuda Memória da Missão de Supervisão Parcial de 8 a 12 de dezembro de 2003.

Prefácio vii....primeiro parágrafo – O valor do acordo AIDS II... foi de US\$165,0 milhões BIRD e US\$135 milhões de contrapartida nacional, com custo total de US\$300 milhões. O total dos recursos liberados pelo BIRD foi de US\$161,5 milhões uma vez que ocorreu o desconto de *misprocurement* ocorridos no Projeto AIDS I no valor de US\$3,5 milhões de fonte BIRD. Assim o total de recursos aplicados no AIDS II foi de US\$296,5 milhões.

Página 4... 1.10... 135.000 em TARV em 2000 -

Ao final de 2000, cerca de 93.500 pacientes estavam recebendo a terapia anti-retroviral e ao final de 2003, esse número evoluiu para 140.000 pacientes.

Página 5... 2.4... o número de municípios no AIDS I foi de 43 e não 41.

Programa Nacional de DST e AIDS – Brasília, DF, 15 de abril de 2004.

WB21596

O:\HNP\VAILLANCOURT\Brazi\Brazil PPAR - Portuguese.doc

December 9, 2004 3:51 PM