

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Outubro de 2012

Prevalência do HIV

	Sexo	2006	2010/2011
Estimativa (em milhares)	Homens	415,0	370,0
	Mulheres	214,5	202,2
	Total	629,5	572,2
Prevalência (%)	Homens	0,82	0,73
	Mulheres	0,41	0,38
	Total	0,61	0,56

Nova estimativa da prevalência de HIV

	Sexo	Método antigo	Método novo
Estimativa (em milhares)	Homens	370,0	264,1
	Mulheres	202,2	168,3
	Total	572,2	432,4
Prevalência (%)	Homens	0,73	0,52
	Mulheres	0,38	0,31
	Total	0,56	0,42

Método de estimação da prevalência

1. A partir da taxa de prevalência do estudo sentinela parturiente, calcula-se o número de mulheres infectadas pelo HIV ($0,38\% = 202.190$);
2. Estima-se a razão de sexos dos casos de aids (acumulados desde 1980) para 2022 (considerando-se sobrevida de aproximadamente 10 anos) ($RS = 1,83:1$);
3. Aplica-se ao número de mulheres infectadas a razão de sexo estimada para 2022 e calcula-se o número de homens infectados ($202.191 \times 1,83 = 370.009$);
4. O número total de infectados é a soma do número de homens e de mulheres (572.199);

Limitações do método de estimativa da prevalência

1. O estudo “Sentinela Parturiente” inclui apenas as maternidades com mais de 500 partos por ano
 - A taxa de incidência de aids nos municípios com maternidades com mais de 500 partos por ano é estimada em 2,4 vezes maior do que naqueles com menos que 500
 - Isso pode levar à superestimação da prevalência
2. Como se usava a razão de sexos acumulado desde o início da epidemia isso pode levar à superestimação da prevalência
 - A inclusão dos casos diagnosticados nos primeiros 16 anos da epidemia (era pré-TARV) considerava também aqueles que já faleceram

Ajuste no método

1. Correção da prevalência feminina segundo a incidência de aids nos municípios que não têm maternidades com mais de 500 partos por ano (*de 0,38% para 0,31%*);
2. Cálculo da prevalência masculina considerando-se a razão de sexos acumulada a partir de 1998 (*de 1,83 para 1,57/1*).

Limitações que persistem

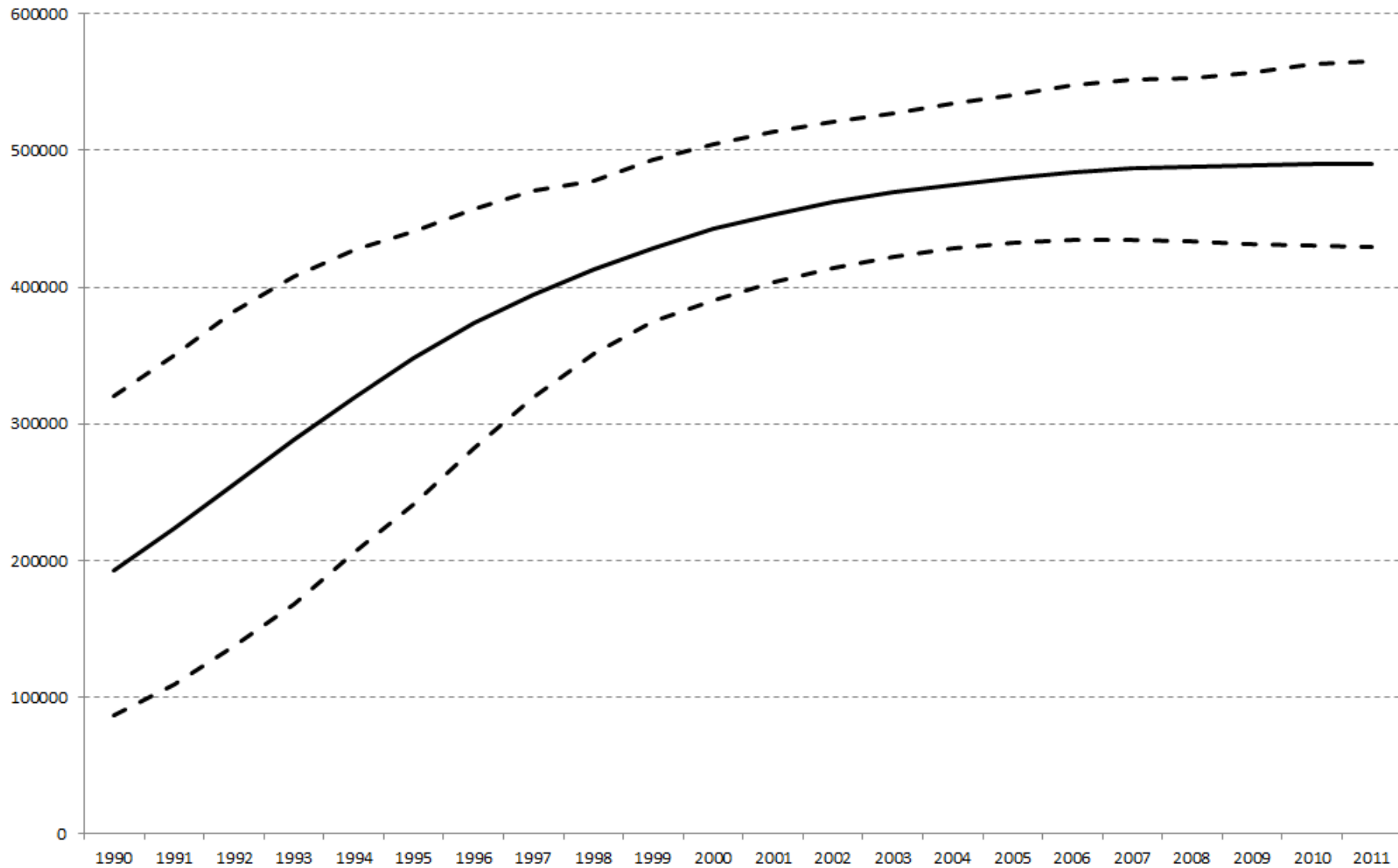
1. A estimativa não considera a mudanças nas taxas de fecundidade
2. Mulheres sabidamente HIV positivas tem probabilidade menor de engravidar que as soronegativas
3. O estudo apenas considera as maternidades conveniadas ao SUS
4. A razão de sexo baseada nos casos de aids pode não refletir a realidade atual da infecção pelo HIV

Perspectivas

- Rediscussão da VE do HIV/aids
- Em 2013, a PCAP incluirá soroprevalência

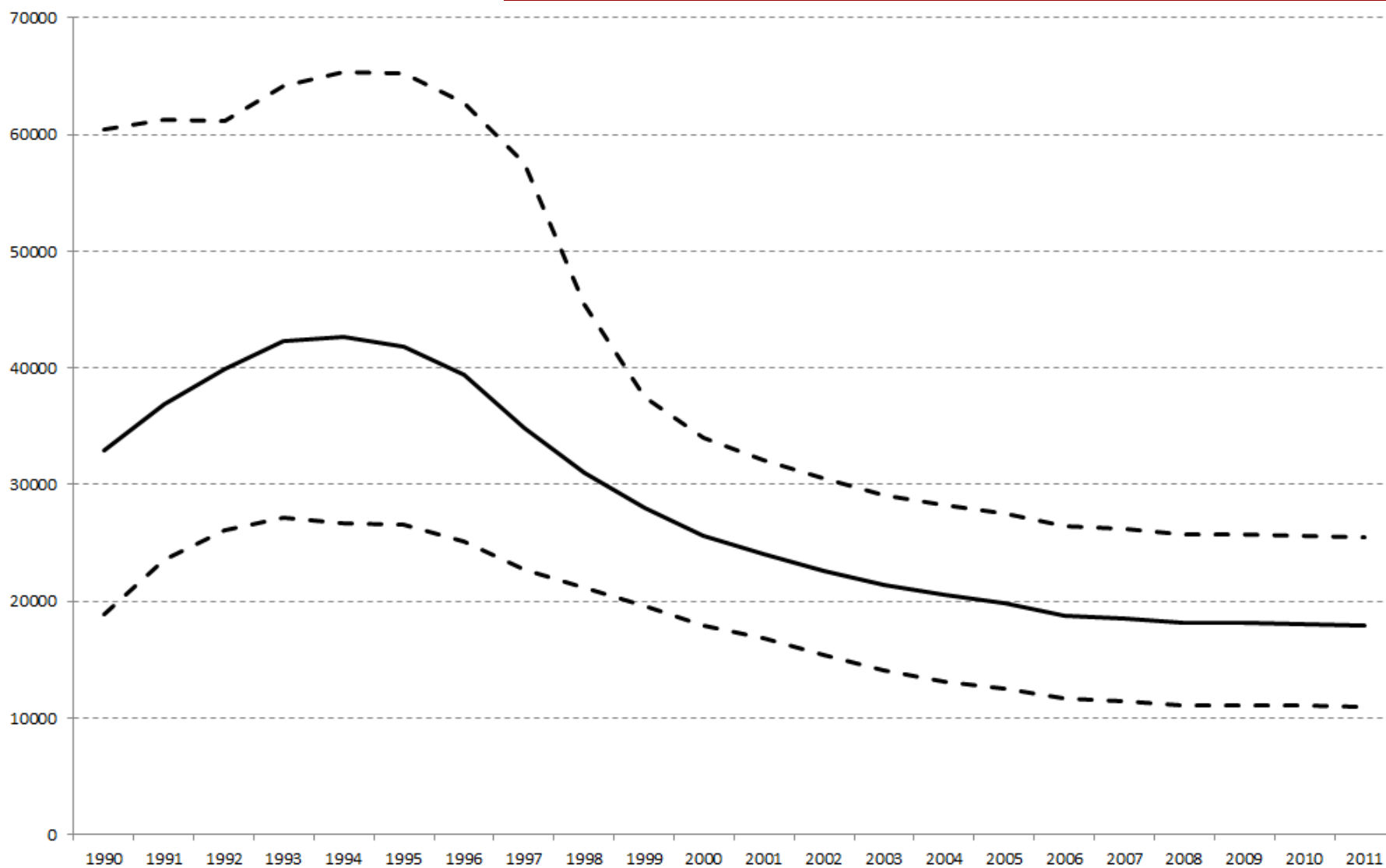
Prevalência de HIV

Modelo gerado pelo Spectrum/UNAIDS

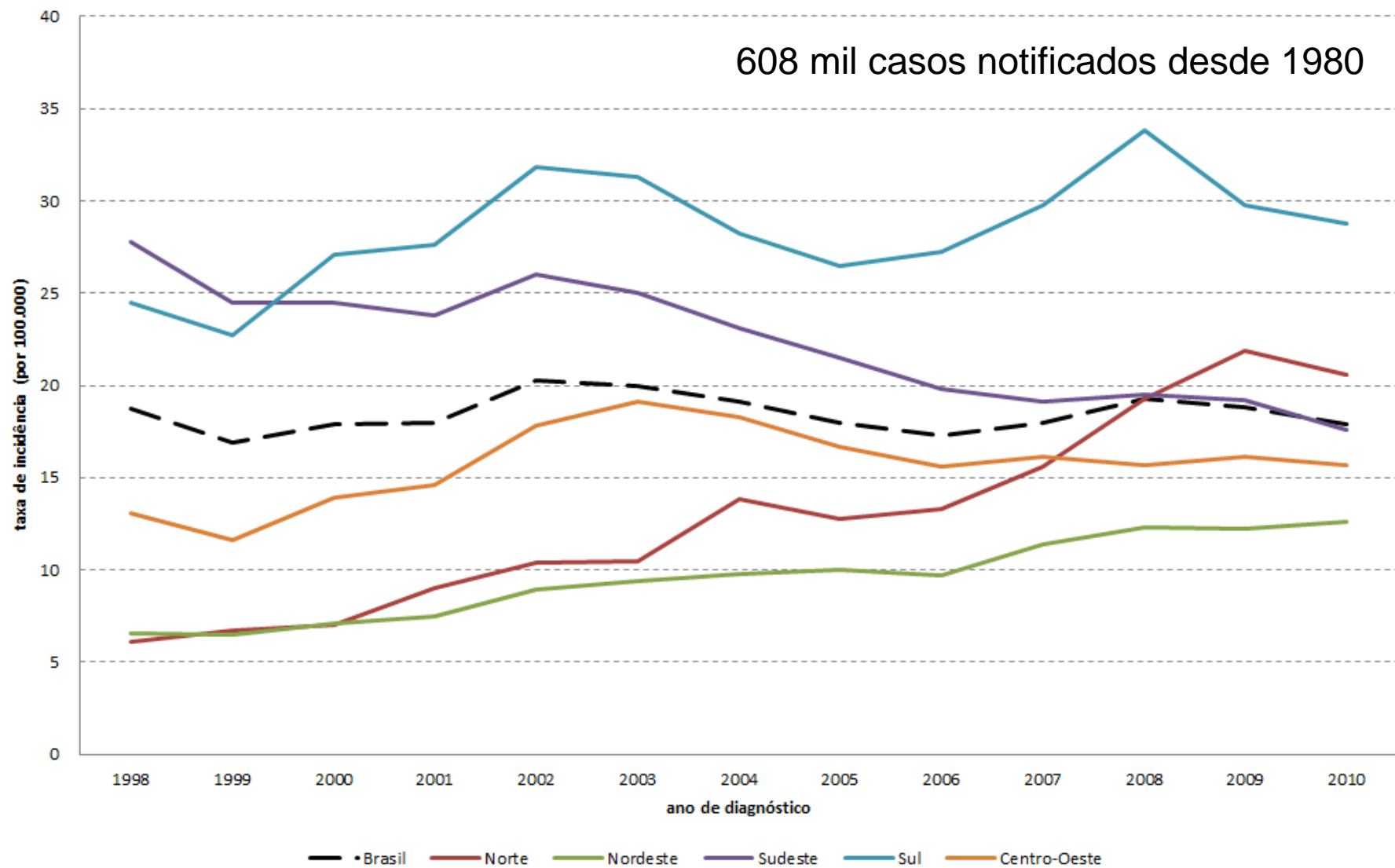


Novas infecções de HIV

Modelo gerado pelo Spectrum/UNAIDS



Taxa de incidência de aids



Taxa de incidência de aids por porte do município

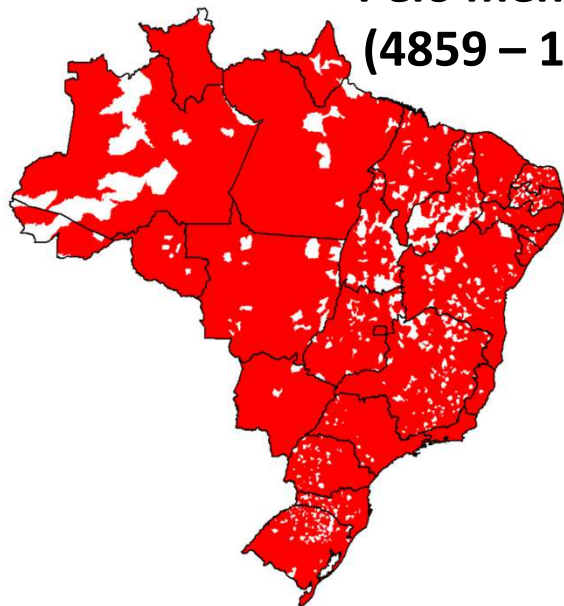
Porte do município	Período de tempo				
	1984-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2009
Até 50.000 hab.	0,2	2,4	4,9	7,5	5,6
De 50.001 a 200.000 hab.	1,1	8,7	16,3	19,3	16,4
De 200.001 a 500.000 hab.	3,9	19,1	26,7	28,2	25,2
500.001 e mais	6,6	23,0	31,6	33,1	34,1

Taxa de incidência de aids por porte do município (Jovens 15-24 anos)

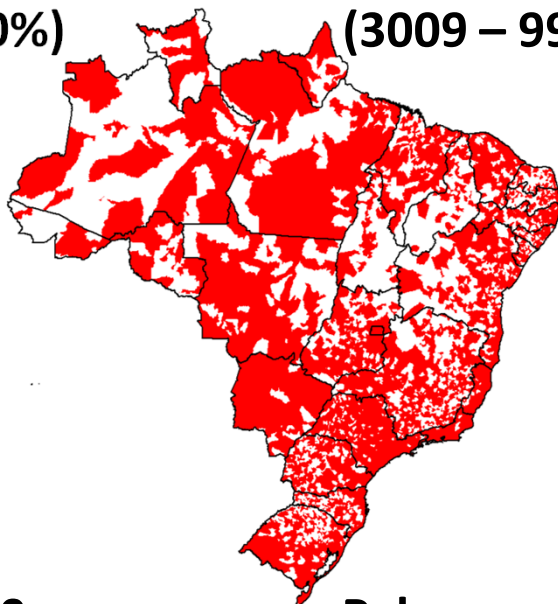
Porte do município	Período de tempo				
	1984-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2009
Até 50.000 hab.	0,3	2,2	3,4	4,5	2,7
De 50.001 a 200.000 hab.	1,3	8,0	10,8	10,8	7,3
De 200.001 a 500.000 hab.	4,9	16,8	16,6	14,7	11,4
500.001 e mais	5,0	13,7	15,1	15,8	16,9

Municípios com casos de aids. Brasil, 1980-2010

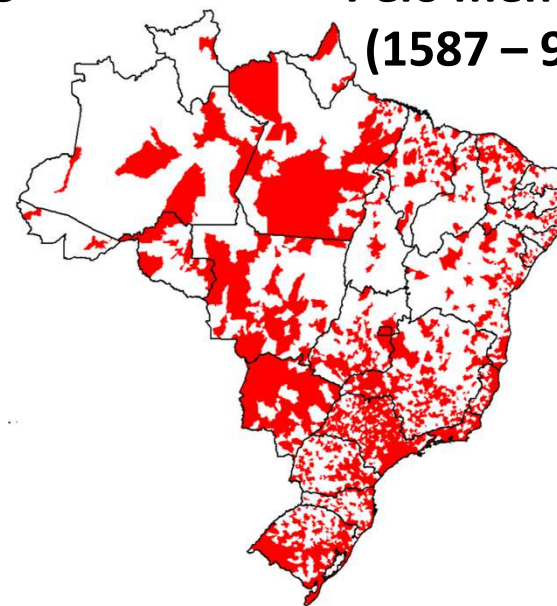
Pelo menos 01
(4859 – 100%)



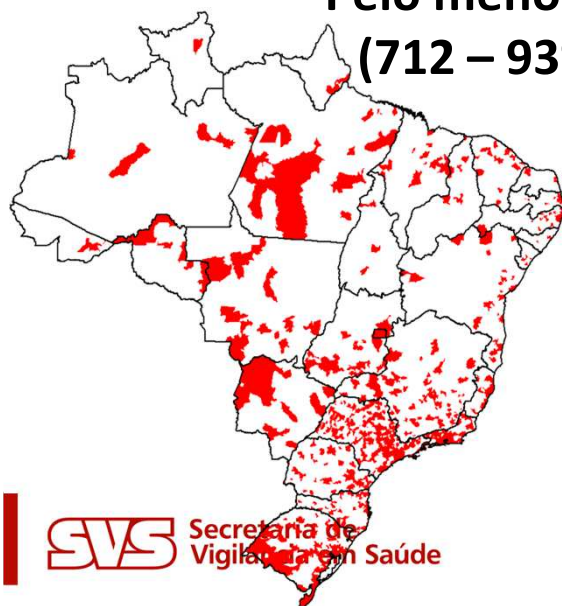
Pelo menos 05
(3009 – 99%)



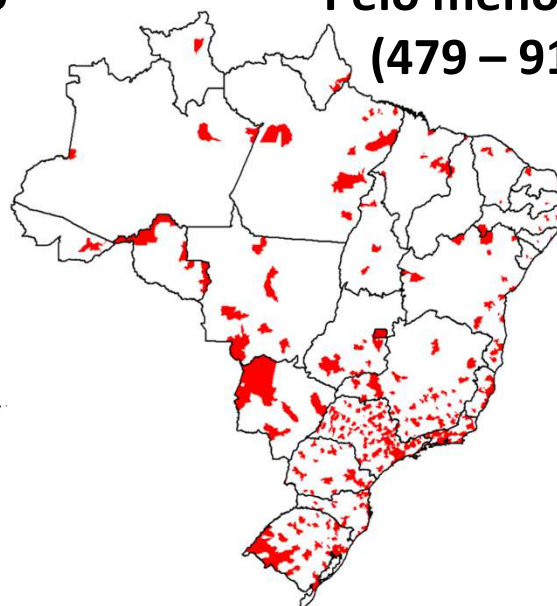
Pelo menos 15
(1587 – 97%)



Pelo menos 50
(712 – 93%)



Pelo menos 100
(479 – 91%)



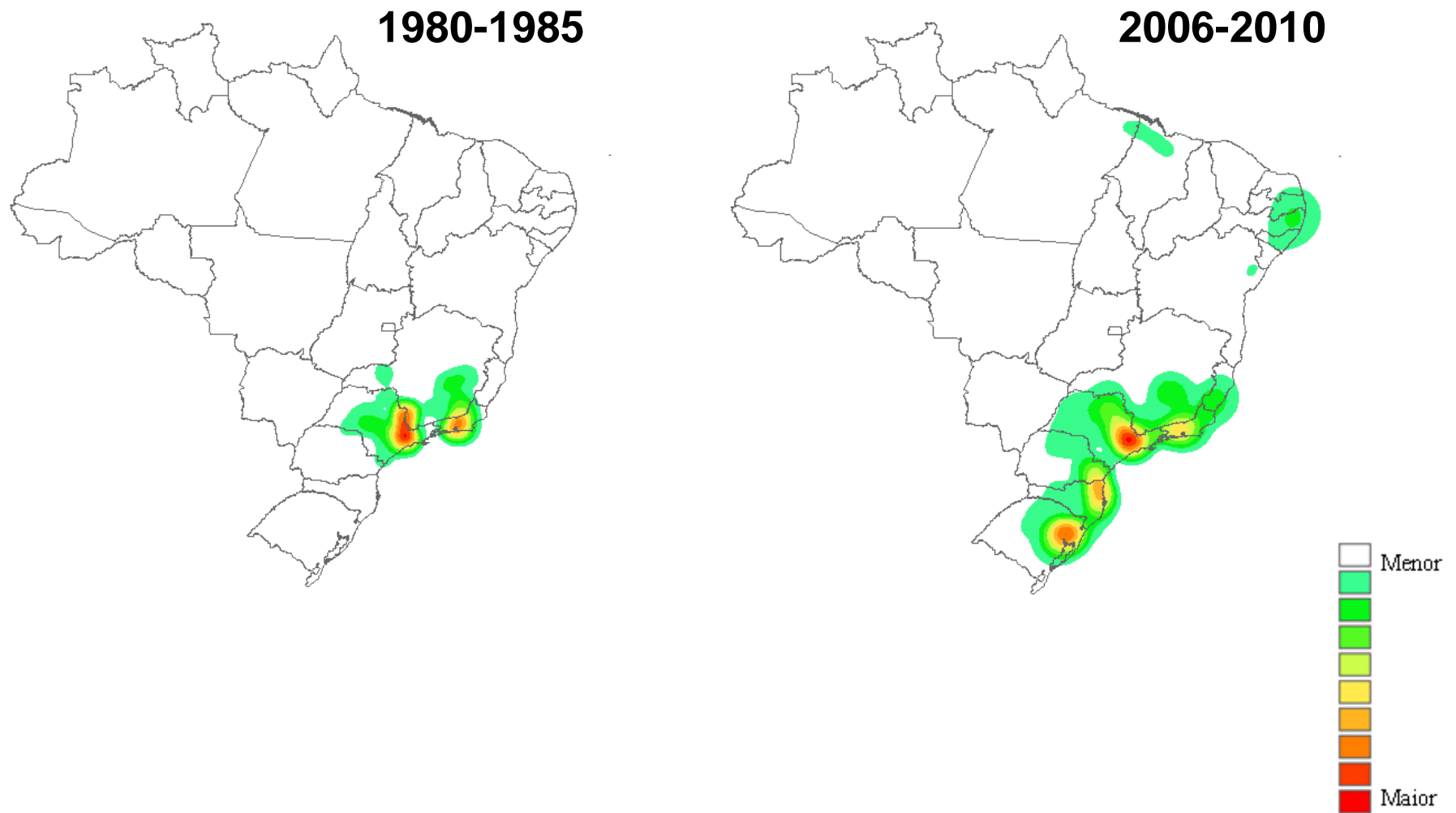
Pelo menos 500
(161 – 78%)



Legenda

(# munics –
% dos casos)

Taxa de Incidência de Aids



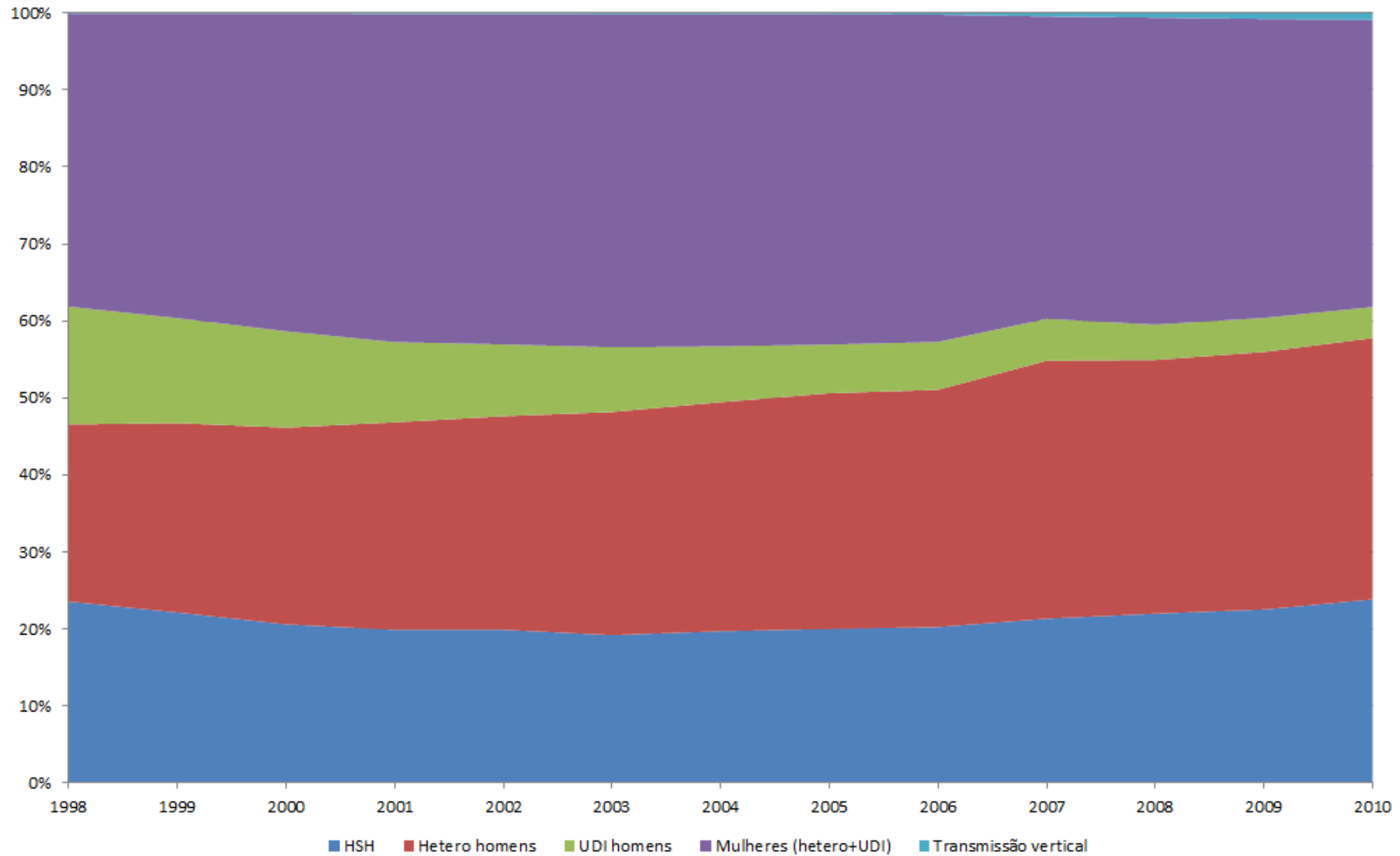
Ranking da taxa de incidência (por 100.000 hab.) dos casos de aids⁽¹⁾ segundo UF de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2005 a 2010

UF de residência	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Rio Grande do Sul	32.1	34.9	41.2	41.0	38.8	37.6
Roraima	16.4	17.4	26.0	34.6	36.8	35.7
Amazonas	17.4	18.5	19.9	25.7	31.0	30.9
Santa Catarina	31.9	31.8	28.1	29.9	31.6	30.2
Rio de Janeiro	30.6	29.0	28.2	27.1	30.8	28.2
Espírito Santo	18.2	17.7	16.1	18.7	19.6	20.4
Pará	12.1	12.0	15.0	19.0	21.5	19.5
Paraná	17.5	16.5	18.7	28.6	19.6	19.0
Mato Grosso do Sul	16.3	17.5	18.2	21.4	19.1	17.9
Mato Grosso	20.7	17.2	20.4	18.9	19.0	17.4
Amapá	12.3	13.5	16.3	16.6	19.3	17.2
Pernambuco	15.8	14.5	14.6	15.0	13.7	17.1
Rondônia	13.4	16.4	17.0	16.9	16.6	16.6
São Paulo	21.9	19.8	18.7	19.5	18.1	15.9
Distrito Federal	19.1	16.7	15.7	16.1	16.6	15.8
Maranhão	9.7	11.2	11.1	13.6	15.3	14.1
Goiás	13.8	13.6	13.3	11.7	13.3	14.0
Bahia	8.8	8.4	9.7	10.4	11.4	12.0
Minas Gerais	13.8	12.9	13.1	13.5	12.3	12.0
Sergipe	8.2	9.0	11.1	13.8	11.0	11.9
Ceará	9.2	9.1	13.1	12.9	12.7	11.1
Piauí	8.9	7.8	10.6	10.6	11.6	11.0
Alagoas	8.8	8.1	11.5	14.5	10.9	10.6
Rio Grande do Norte	8.8	7.5	10.8	10.7	11.2	10.6
Paraíba	8.0	7.3	8.2	9.0	9.2	10.5
Tocantins	5.7	7.1	6.5	9.8	11.8	9.5
Acre	7.6	4.8	7.8	7.8	5.2	7.2

Ranking da taxa de incidência (por 100.000 hab.) dos casos de aids⁽¹⁾ segundo capital de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2005 a 2010

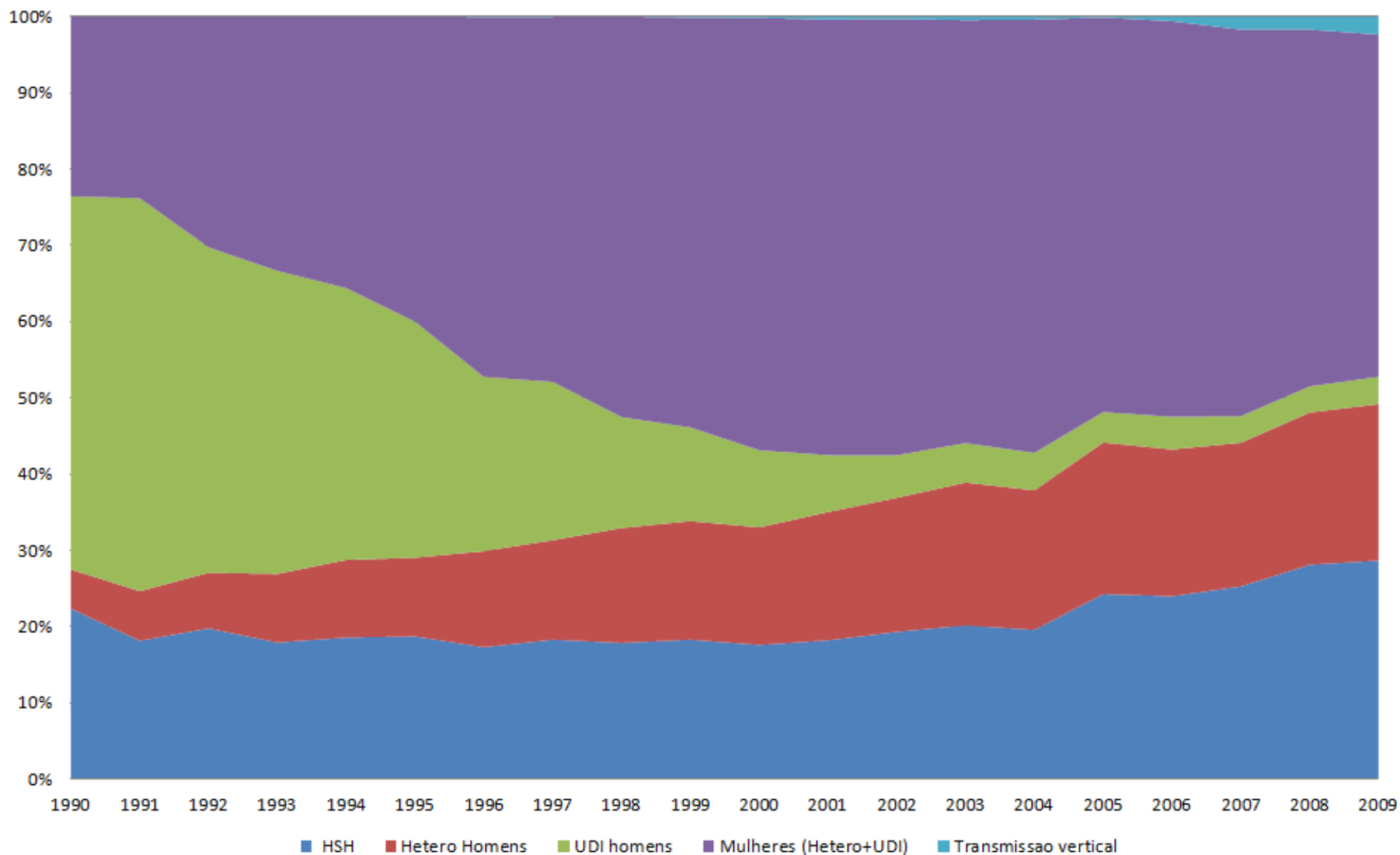
Capital de residência	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Porto Alegre	76.6	90.8	106.2	106.7	98.5	99.8
Florianópolis	77.6	84.6	56.0	53.9	63.5	57.9
Manaus	29.2	30.7	32.4	43.5	52.3	50.9
Boa Vista	24.4	26.0	35.4	49.4	49.1	46.4
Curitiba	33.4	34.0	33.8	49.1	38.2	41.8
Belém	30.9	28.0	29.5	40.0	36.4	41.4
Porto Velho	28.1	36.5	36.9	39.0	36.0	37.8
Vitória	32.9	31.2	27.7	34.3	37.5	35.1
Rio de Janeiro	36.0	36.0	34.1	36.0	39.6	34.7
Recife	32.0	29.0	26.9	29.4	22.0	33.4
São Luís	26.7	28.9	27.8	29.8	35.1	30.9
Salvador	18.6	19.4	21.7	22.1	25.4	28.9
Cuiabá	34.1	30.0	36.6	29.6	31.4	26.3
Campo Grande	22.4	25.5	22.2	35.6	27.8	26.3
Teresina	20.8	17.3	23.4	23.9	26.8	25.4
Maceió	19.0	17.7	25.3	32.2	23.9	22.9
Belo Horizonte	24.7	20.0	22.3	25.1	22.5	22.7
Fortaleza	18.1	19.1	25.7	26.1	24.5	22.2
Goiânia	24.5	21.1	21.5	18.7	20.1	22.0
São Paulo	29.1	26.6	25.2	27.2	26.0	21.4
Natal	12.2	11.3	23.1	18.8	18.1	21.2
Macapá	16.9	16.3	18.1	19.8	25.6	19.3
João Pessoa	13.2	14.4	15.1	16.2	17.7	18.7
Aracaju	15.4	13.7	18.8	22.0	15.8	18.4
Brasília	18.8	16.4	15.7	16.1	16.6	15.8
Palmas	8.2	7.7	10.7	16.8	22.8	15.8
Rio Branco	14.1	9.2	13.6	13.6	8.2	9.8

Incidência de aids por categoria de exposição



Incidência de aids por categoria de exposição

Jovens 15-24



Taxa de prevalência de HIV

População	Ano	Faixa etária (anos)	Prevalência de HIV (%)
HSH	2002	17-20	0,56
	2007	17-20	1,2
	2009	18-24	4,3
	2009	18 e mais	10,5
Trabalhadoras do sexo	2009	18 e mais	4,9
Usuários de drogas	2009	18 e mais	5,9

Intervenções estruturais de prevenção e cuidado

- Fatores que aumentam o risco de aquisição do HIV
 - Fatores sociais, culturais
 - Fatores econômicos
 - Fatores políticos, legais
 - Fatores ambientais
- Abordagem estrutural
 - Desigualdade de gênero
 - Pobreza
 - Direitos humanos
 - Violência

CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE

Intervenções estruturais mudam as causas básicas que influem a vulnerabilidade e o risco do HIV

DESAFIOS PROGRAMÁTICOS

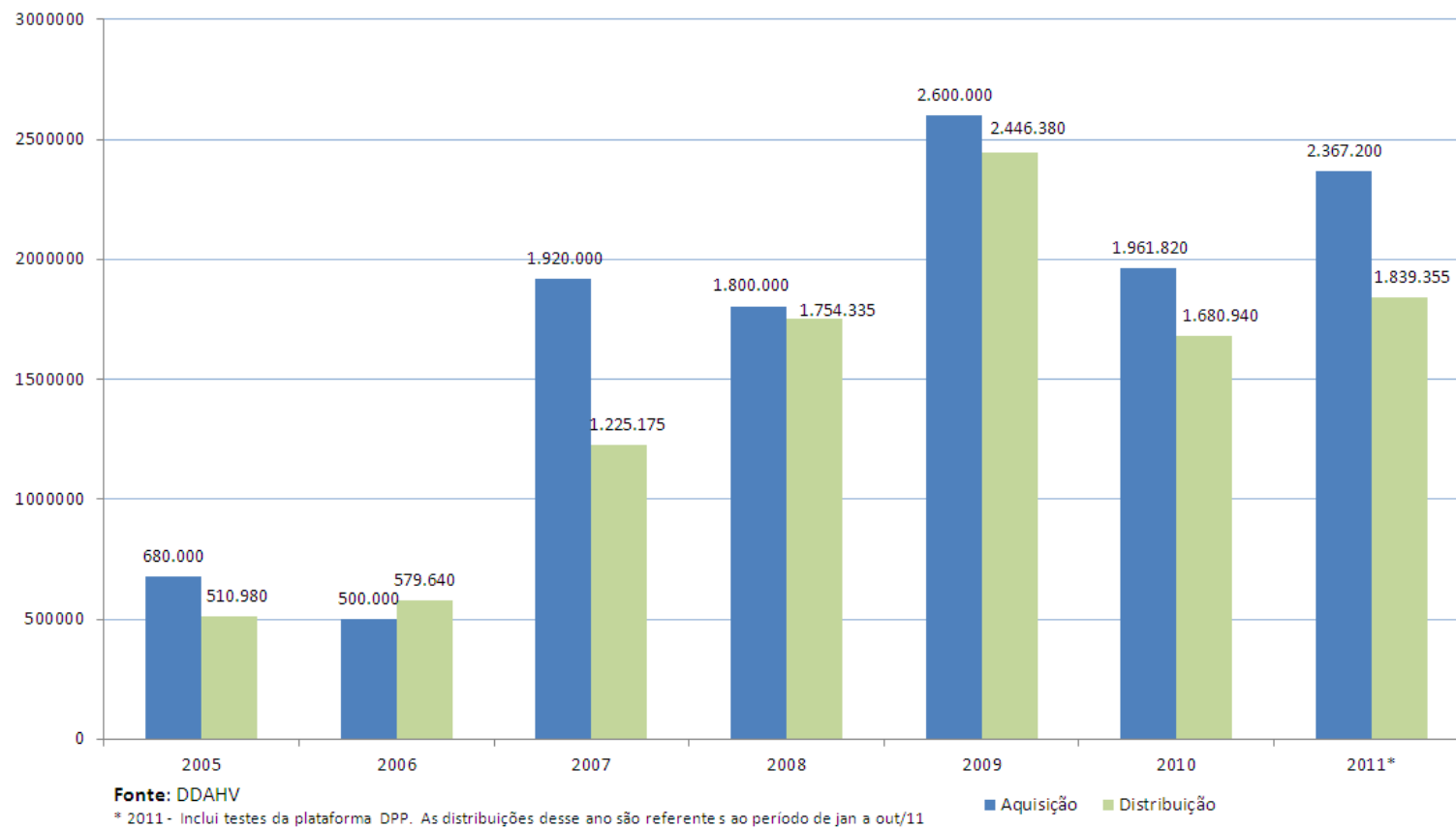
- Reposicionamento das ações descentralizadas para o enfrentamento da epidemia de DST/Aids e hepatites virais no contexto da proposta de regionalização e financiamento do SUS;
- Repactuação com a sociedade civil para realinhamento da resposta comunitária: testagem, novas tecnologia e focalização das ações;
- Reestruturação da rede de atenção com vistas ao desenho das linhas de cuidado: diagnóstico, tratamento e prevenção;
- Reposicionamento dos CTA com vistas a sistematizar práticas e condições essenciais para atender a epidemia concentrada, focalizando nas populações vulneráveis : Captação do usuário (divulgação e estratégias específicas para segmentos mais vulneráveis); Aconselhamento - / + na perspectiva do gerenciamento de risco (para além do uso do preservativo); Tratamento oportuno; e Direitos Humanos;
- Desenvolvimento de pesquisas operacionais e aplicadas para o fortalecimento da resposta descentralizada a epidemia concentrada.

COMO RESPONDER PROGRAMATICAMENTE?

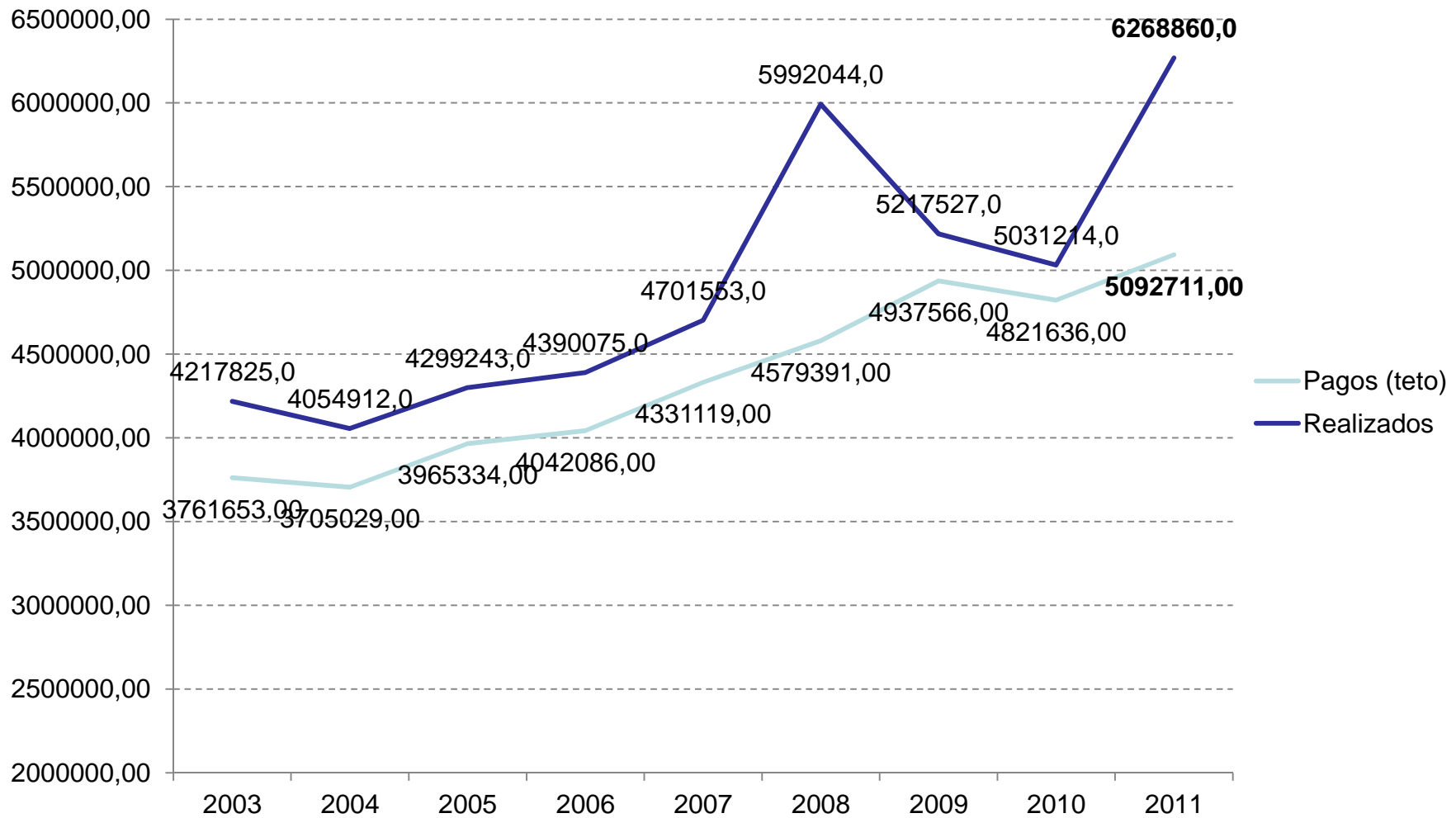
- Onde estão ocorrendo as novas infecções?: o planejamento e a aplicação dos recursos devem estar ancorados no conhecimento das principais redes de difusão da epidemia [FIQUE SABENDO, QUERO FAZER, DEB];
- Combinação de programas de combate a pobreza e prevenção a aids:- ações estratégicas que combinem programas estruturados de redução da pobreza com aqueles que melhoram o acesso ao diagnóstico, aos insumos de prevenção e ao tratamento resultam em respostas mais efetivas a epidemia [INTEGRAÇÃO PROGRAMÁTICA TB-HIV, Brasil sem Miséria e Integração com outros dispositivos governamentais a ex: Consultório na Rua, Bolsa Família entre outros];
- Redução das Desigualdades: Redução das desigualdades de gênero e luta contra a intolerância relacionada a homofobia são importantes para conter a epidemia [ESTIGMA, VIOLENCIA E PRECONCEITO SÃO FATORES DE VULNERABILIDADE];
- Fortalecer a vigilância epidemiológica :- reduzir o impacto da epidemia na população em geral e nos grupos populacionais que se encontram mais vulneráveis [COBERTURA E FOCALIZAÇÃO a ex: Rede Cegonha] ;
- Prevenção nas escolas: - atuar integradamente MS/MEC para estruturação de programas de saúde sexual e reprodutiva dirigida a população jovem [SPE/PSE]

AMPLIAÇÃO DO ACESSO AO DIAGNÓSTICO: UMA OPORTUNIDADE QUE NÃO PODE SER PERDIDA

Total de Testes Rápidos adquiridos/entregues e distribuídos.
Brasil, 2005 a 2011*



Número de testes de HIV realizados pelo SUS Brasil, 2003-2011



QUERO FAZER: OPORTUNIDADE DE TESTAGEM PARA POPULAÇÃO VUNERÁVEL

COBERTURA ATV – “QUERO FAZER” (CONSOLIDADO FEVEREIRO A DEZEMBRO DE 2011)					
	RECIFE	RIO DE JANEIRO	DISTRITO FEDERAL	SÃO PAULO*	
ONG	---	867	---	---	
TRAILER	3.404	---	1.818	759	
TOTAL POP GERAL ¹	2.008	68	1.025	107	3.208
TOTAL POP QF ²	1.396	797	793	654	3.640
TOTAL					6.848

*São Paulo iniciou suas atividades em setembro de 2011

QUERO FAZER: OPORTUNIDADE DE TESTAGEM PARA POPULAÇÃO VUNERÁVEL

ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO - "QUERO FAZER" (CONSOLIDADO FEVEREIRO A DEZEMBRO DE 2011)					
OS / IG	RECIFE	RIO DE JANEIRO	DISTRITO FEDERAL	SÃO PAULO*	TOTAL
GAY	569	439	402	505	1.915
HSH	650	335	296	25	1.279
TRAVESTI	35	14	10	24	83
LÉSBICAS	142	11	112	98	363
TOTAL					3.640

**São Paulo iniciou suas atividades em setembro de 2011*

RESPOSTA PROGRAMÁTICA OPORTUNIDADE DE ACESSO AO TESTE – QUERO FAZER



- Mais 7 000 testes
- 4.0% de testes reagentes
- 55% tinham realizado o teste pela primeira vez



**RESPOSTA PROGRAMÁTICA
FIQUE SABENDO**



Projeto Teste Rápido Itinerante



OBJETIVO

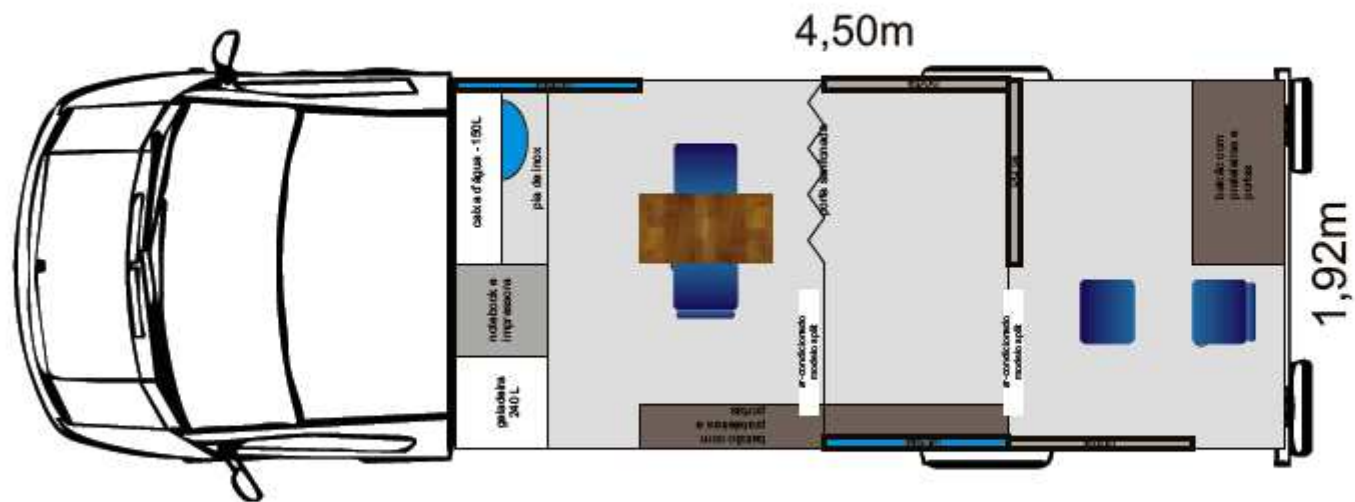
Ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV, Sífilis e Hepatites, empregando testagem rápida, em unidade móvel, especialmente em populações mais vulneráveis e de difícil acesso

AÇÕES E INTERVENÇÕES ESPERADAS

- Aquisição e adaptação de veículos para utilização no projeto de testagem para o HIV itinerante;
- Realização de intervenções de prevenção e testagem em locais de concentração de populações vulneráveis
- Realização de testes rápidos para HIV, SIFILIS, HEPATITES B e C garantindo o aconselhamento e encaminhamento para serviços de referência dos casos reagentes;

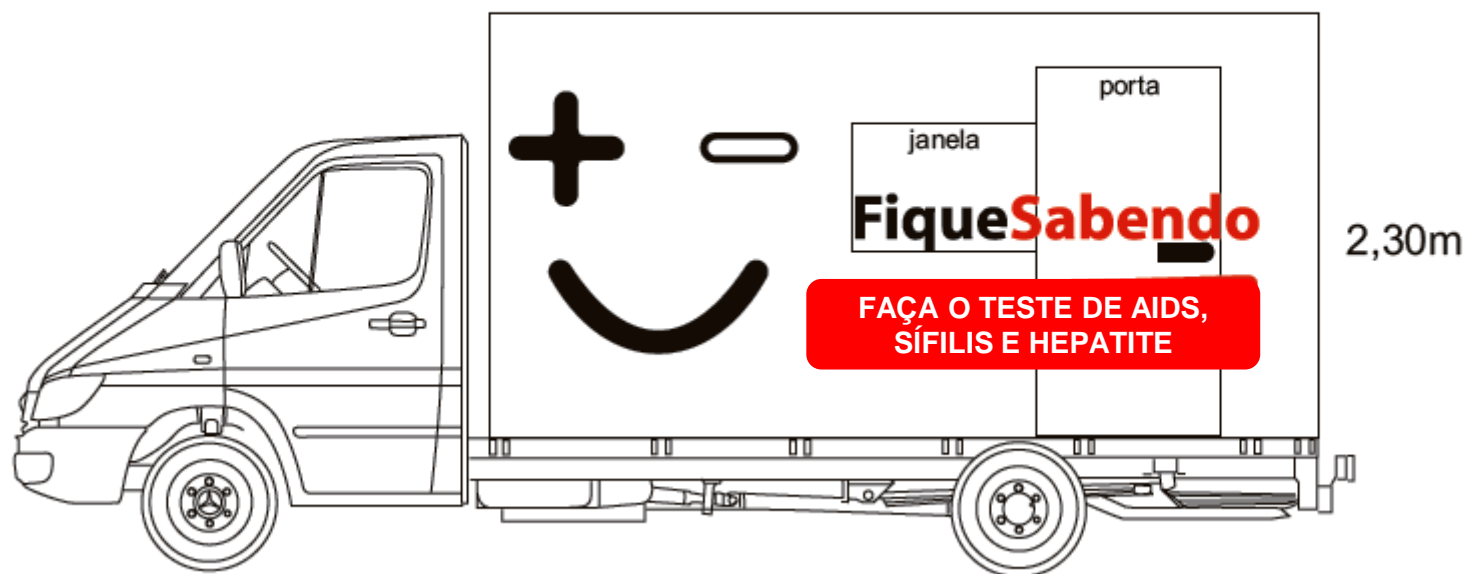


visão superior

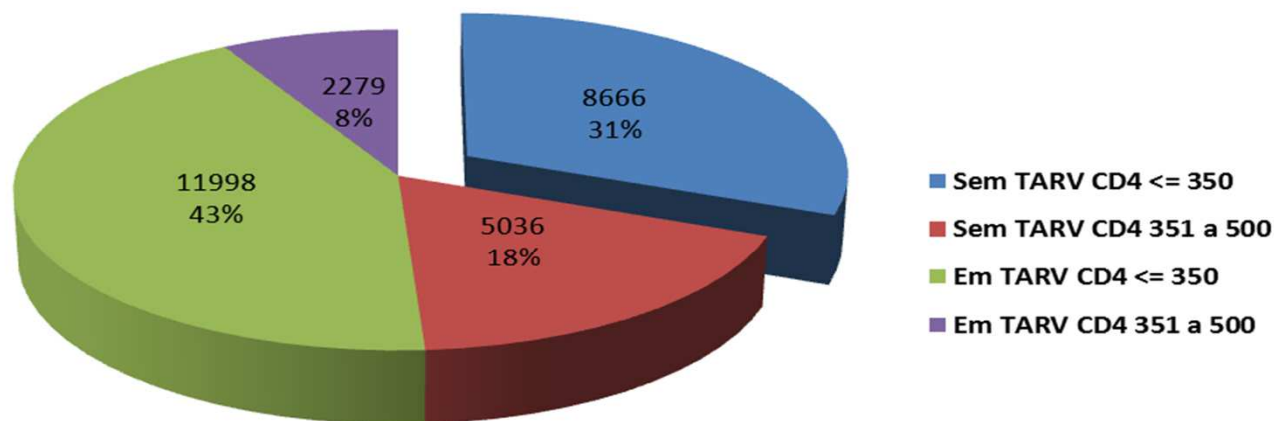




visão lado esquerdo



Distribuição de pacientes de acordo com TARV e CD4, 2011.



Cerca de 15 mil pessoas tem LT-CD4 < 500 células

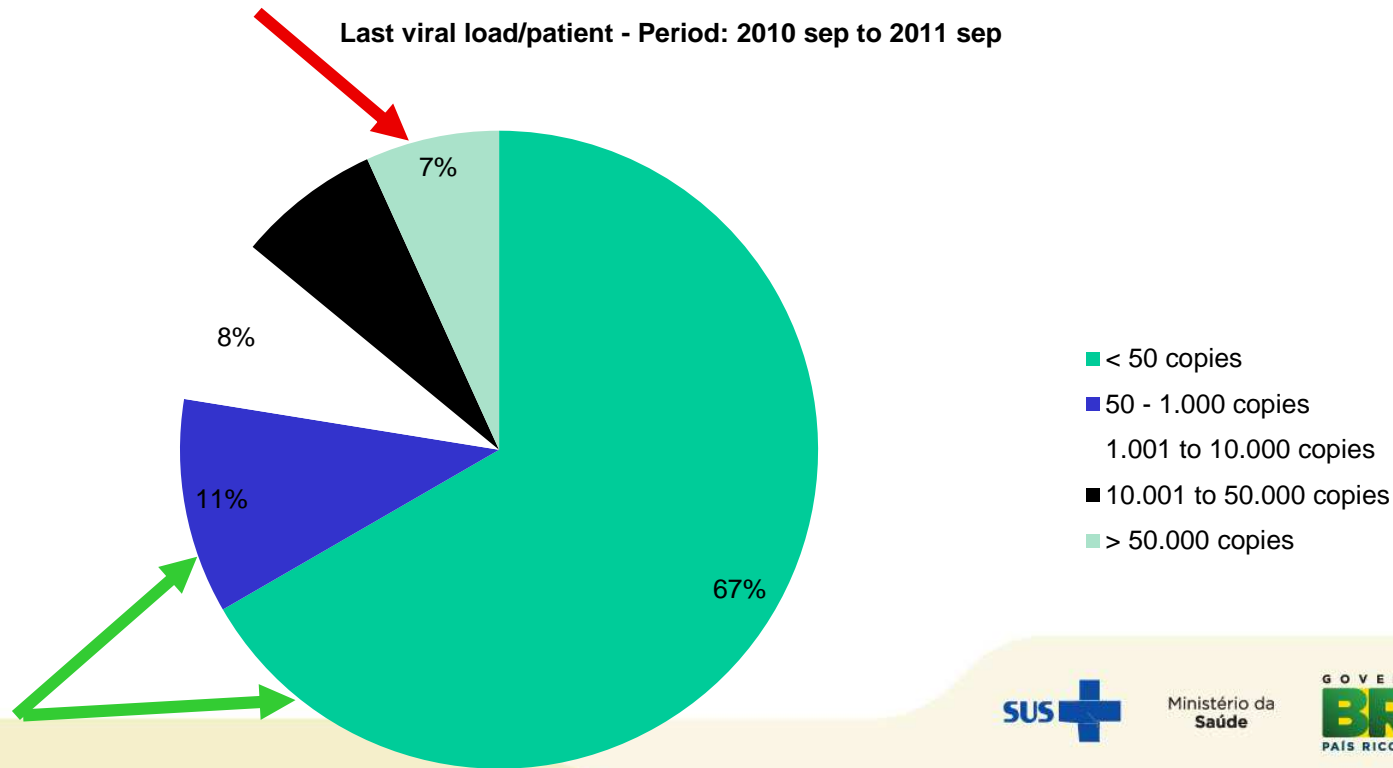
Fonte: SISCEL e SICLOM

Terapia antirretroviral no Brasil novas diretrizes de tratamento

Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids	
Status clínico e imunológico	Recomendação
Sintomáticos	
Independente da contagem de LT-CD4+	Iniciar TARV
Assintomáticos	
LT-CD4+ ≤ 500 cel/mm ³	Iniciar TARV
LT-CD4+ > 500 cel/mm ³	Recomendar início de TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite Considerar início de TARV nas seguintes situações: -Neoplasias não definidoras de <u>aids</u> com indicação de quimioterapia ou radioterapia. -Doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Não iniciar TARV
Gestantes	
Independente da contagem de LT-CD4+	Iniciar TARV
PVHA em parceria sorodiscordante	
Independente da contagem de LT-CD4+	Oferecer TARV na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV. A decisão deve ser individualizada, considerando motivação da PVHA.

Impacto da TARV no Brasil na redução de transmissibilidade

Última carga viral /paciente - Período: set 2010 a set 2011		
Carga Viral	Frequencia	Proporção
< 50 cópias	109 356	67, %
50 - 1.000 cópias	17 877	11%
1.001 to 10.000 cópias	13 818	8%
10.001 to 50.000 cópias	11 922	7%
> 50.000 cópias	11 110	7%
Total	164 083	100,0%



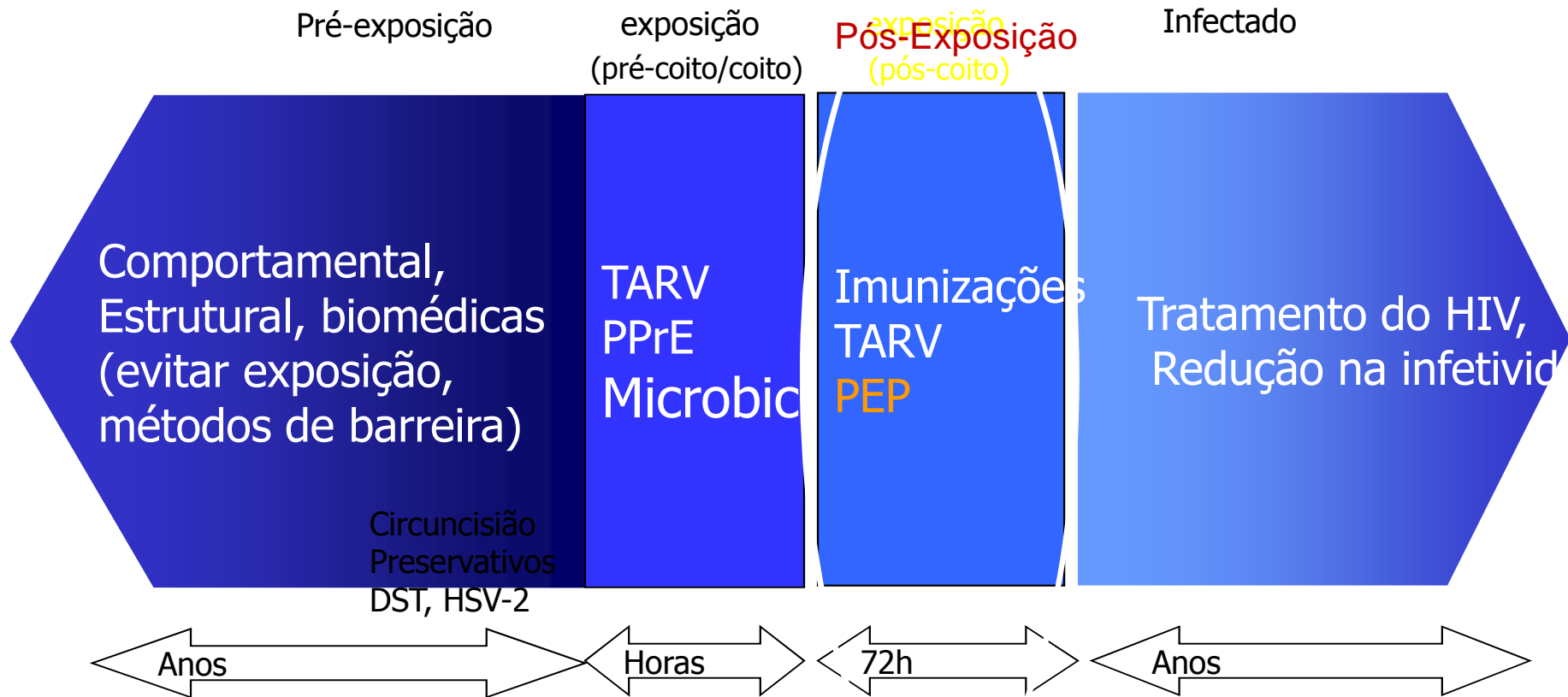
Desdobramentos

- Capacitação de profissionais de saúde
- Reorganização do cuidado com fortalecimento do aconselhamento, abordagem a sexualidade, vínculo, emprego sistemático da abordagem consentida
- Desenvolvimento de estudo de aceitabilidade da antecipação do tratamento para reduzir a transmissibilidade

Práticas sexuais relacionadas à infecção pelo HIV (15-54 anos)

População sexualmente ativa	Indicador	2004	2008
Na vida	Mais de 10 parceiros	19,2	25,9
Nos últimos 12 meses	Mais de cinco parceiros casuais	4,1	9,3
	Uso preservativo na última relação sexual com parceiro casual	67,0	59,9
	Uso preservativo em todas as relações sexuais com qualquer parceiro	25,3	25,9
	Uso preservativo em todas as relações sexuais com parceiro fixo	24,9	20,3
	Uso preservativo em todas as relações sexuais com parceiro casual	51,5	46,5

PEP SEXUAL



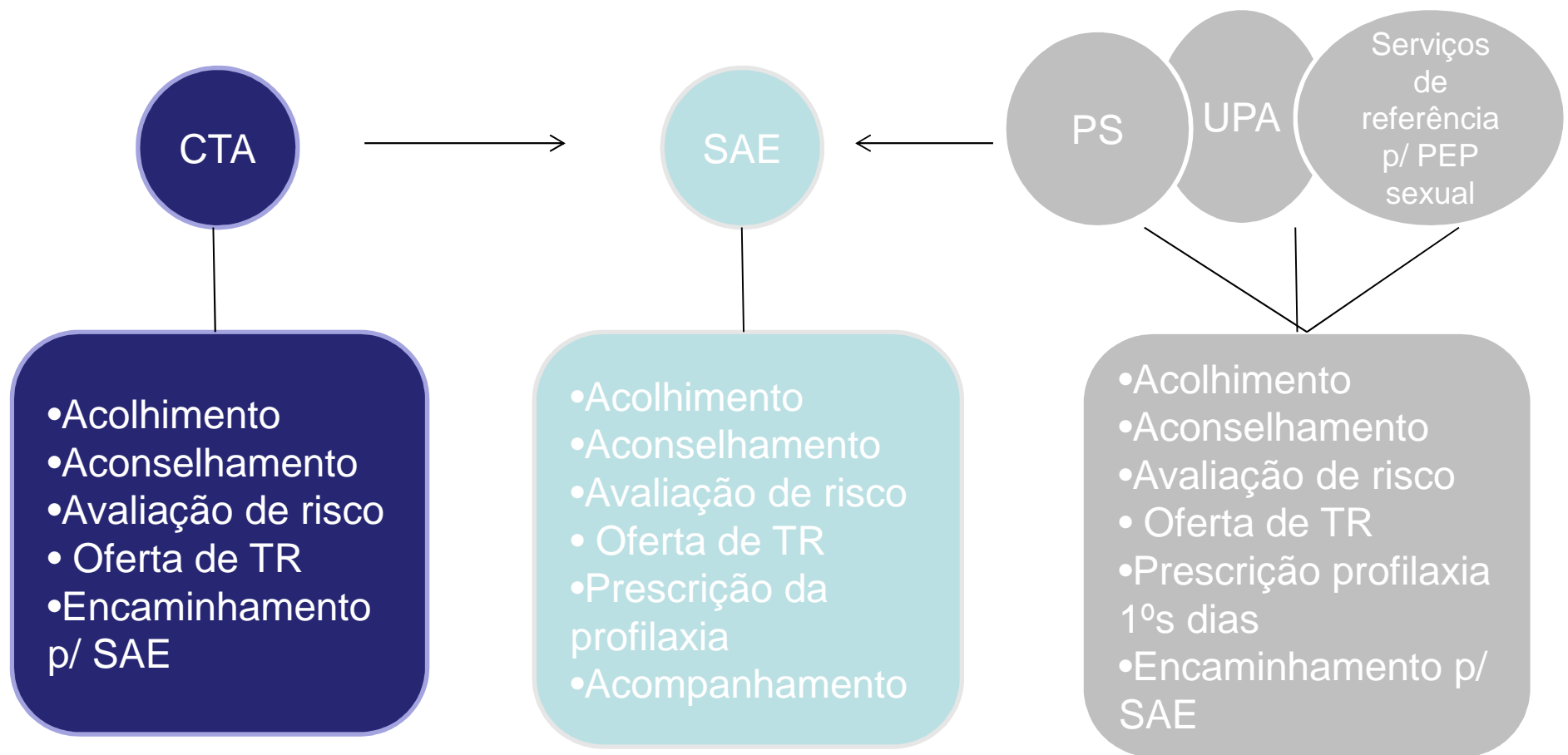
➤ Recomendação publicada em outubro/2010



➤ Estratégia de prevenção que amplia a oportunidade para:

- Aconselhamento p/ redução de risco e vulnerabilidade
- Realização de TR
- Acesso a diagnóstico
- Promoção de práticas sexuais seguras

➤ Público alvo: pessoas expostas a situações de risco (população vulnerável, casais sorodiscordantes)



Implementação da PEP sexual

Dispensas PEP sexual no país - Fonte: SICLOM agosto 2012				
Ano	Casais sorodiscordantes		Exposição Sexual Ocasional	
	Total de profilaxias	Total de UDM que realizaram dispensas	Total de profilaxias	Total de UDM que realizaram dispensas
2011	538	171	1095	200
2012 até 30/07	357	152	994	207

Dispensas
PEP
sexual no
país em
2011

Ano	UF	Casais sorodiscordantes	Exp. Sexual ocasional	Total
2011	AC	0	0	0
	AM	0	1	1
	RO	2	1	3
	PA	2	5	7
	RR	0	0	0
	TO	0	1	1
	AP	0	0	0
	SE	2	1	3
	RN	0	10	10
	AL	2	5	7
	MA	0	3	3
	PB	0	11	11
	PE	11	8	19
	PI	2	0	2
	BA	13	15	28
	CE	9	7	16
	DF	26	37	63
	MS	5	14	19
	MT	3	16	19
	GO	0	0	0
	RJ	61	64	125
	ES	13	18	31
	MG	42	94	136
	SP	237	547	784
	PR	30	91	121
	RS	56	102	158
	SC	22	40	62
Total 2011		538	1095	1633

Dispensas
PEP sexual
no país até
julho de
2012

Ano	UF	Casais sorodiscordantes	Exp. sexual ocasional	Total
2012 (até 30 julho)	AC	1	0	1
	RO	3	2	5
	RR	0	1	1
	TO	0	1	1
	AP	1	1	2
	AM	0	0	0
	PA	3	11	14
	AL	0	0	0
	RN	1	5	6
	SE	0	0	0
	PB	0	7	7
	PE	6	24	30
	PI	3	5	8
	MA	0	0	0
	BA	13	24	37
	CE	13	4	17
	DF	14	69	83
	GO	0	1	1
	MS	4	11	15
	MT	3	13	16
	MG	24	85	109
	ES	18	24	42
	RJ	46	60	106
	SP	130	455	585
	RS	30	88	118
	SC	20	43	63
PR	23	59	82	
	Total 2012	357	994	1351

Fonte: SICALOM, agosto 2012
Secretaria de
Vigilância em Saúde

PEP sexual – Ações Executadas Prefeitura de Belo Horizonte



- Discussão do suplemento III com as equipes dos SAEs
- Elaboração de NT com versão resumida do suplemento III
- Revisão dos processos de trabalho nas unidades e implementação da PEP-sexual nos 3 maiores SAEs de BH
- Apresentação e discussão da proposta na Comissão Municipal de Aids (Gestão / OSC / Serviços)
- Elaboração Cartilha para UPAs (PEP sexual + Biológico + Urgências Clínicas)
- Elaboração da pasta “easy-PEP” para UPAs
- Treinamento dos profissionais das UPAs (horizontais (médicos e enfermeiros + farmacêuticos +gerentes) – cobertura ampliada

PEP sexual – Ações Executadas Prefeitura de Belo Horizonte



2011 – Cobertura nos SAEs

– Dias úteis de 7-18h



2012 – Cobertura nas UPAs

– Noites / Final de semana / Feriados

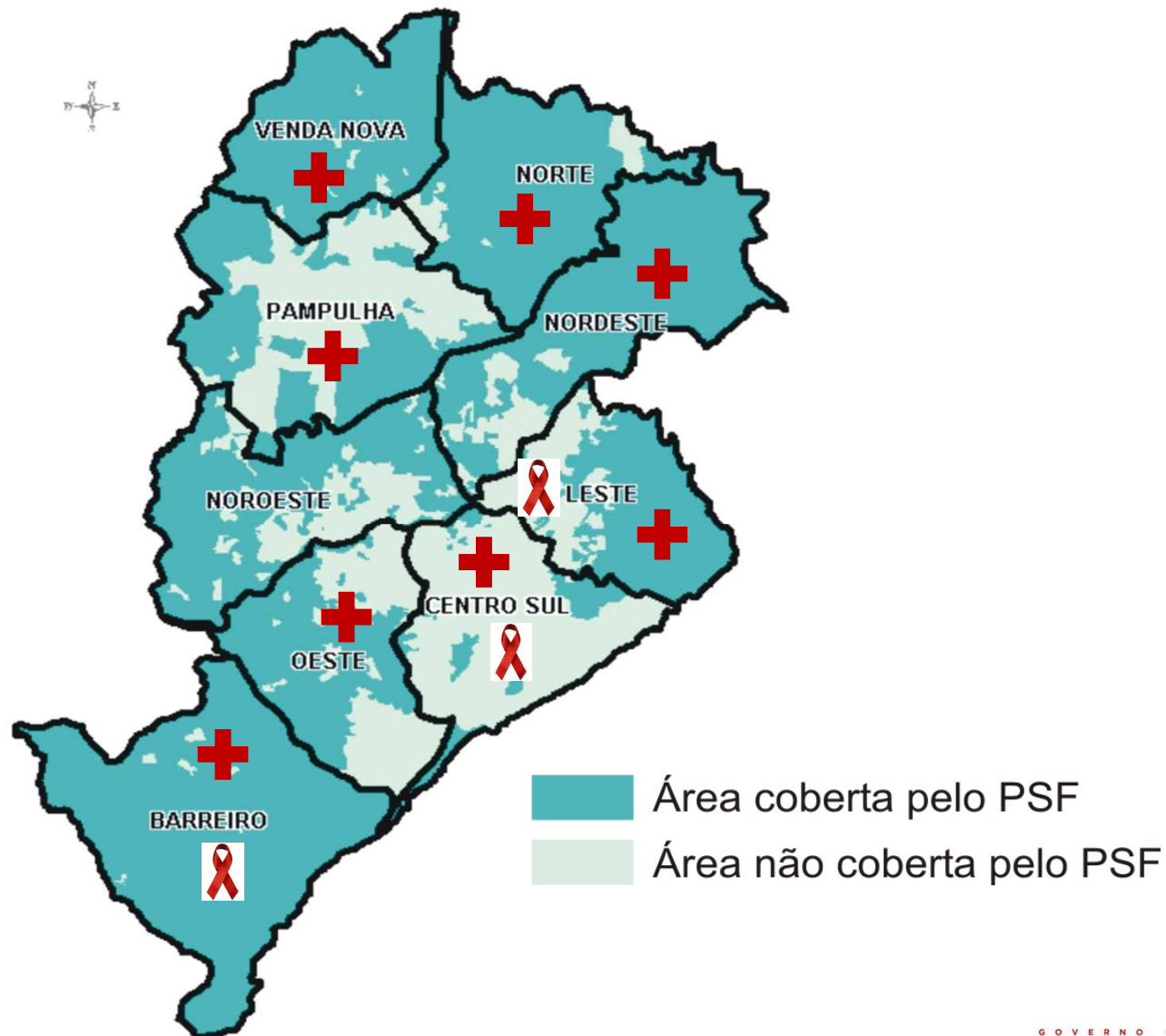
Recomendações para abordagem da exposição sexual ao HIV



Organização da Rede - BH

- Primeiro atendimento (preferencialmente) e seguimento clínico-sorológico:
 - SAE CTA Sagrada Família
 - SAE CTR-DIP Orestes Diniz
 - SAE Hospital Eduardo de Menezes/FHEMIG
- Primeiro atendimento noturno / FDS / feriados
 - UPAs (8 unidades distritais)

Rede SUS-BH – SAEs + UPAs de Infecto - PEP



PEP sexual consentida em BH - Atribuições



UPA

- 1º acolhimento-atendimento noite/feriados/fds
- Aconselhamento pré-teste
- TR-HIV + ARV para 7 dias (quando pertinente)
 - Colhe testes para Sífilis + HBV + HCV

SAEs

- 1º acolhimento-atendimento nos dias úteis
- Aconselhamento pré-teste
- TR-HIV (28 / 21 dias-pósUPA)
 - Egressos das UPAs centralizados no CTA-SAE-SF
- Seguimento clínico-bioquímico-sorológico

Dados Preliminares - 2011

Tabela 1. Dados Gerais dos usuários atendidos no CTA-SAE para PEP sexual

Variável	Valor (%) N= 84
Idade 20-35	75
Sexo masculino	79,8
Solteiros	67,9
≥12 anos de estudo	51,2
Relatam Parceria fixa	58,3
Orientação sexual informada	
Homossexual	26,2
Heterossexual	65,5
Bissexual	8,3

Dados Preliminares - 2011

Tabela 2. Características Gerais da relação sexual que motivou busca do serviço

Variável	Valor (%) N= 84
Tipo de exposição sexual	
Anal	28,6
Vaginal	40,8
Oral + outras	30,6
Uso do Preservativo	
Não usou durante toda relação	38,1
Com rompimento	55,9
Sorologia da parceria	
Desconhecida - Pop de alta prevalência	53
Desconhecida - Pop em geral	25,6
Positiva para HIV	21,4

Dados Preliminares - 2011

Tabela 3. Dados relativos à testagem, indicação e uso dos ARV para PEP sexual

Variável	Valor (%) N= 84
Positividade do TR no usuário exposto	1,2
Indicação de ARV	70,2
Uso da medicação ARV	
Completou 28 dias	25
Abandonou antes de 28 dias	5,15
Não retornou ao Serviço	69,85

Desdobramentos

- Incidência política para ampliação da disponibilização
- Estudo para avaliar perfil de usuários e efetividade da estratégia

Práticas sexuais relacionadas à infecção pelo HIV (15-24 anos)

População sexualmente ativa	Indicador	2004	2008
Na vida	Mais de 10 parceiros	16,2	21,9
	Uso de preservativo na primeira relação sexual	53,2	60,9
Nos últimos 12 meses	Mais de cinco parceiros casuais	6,7	14,7
	Uso preservativo na última relação sexual com parceiro casual	74,0	67,9
	Uso preservativo em todas as relações sexuais com qualquer parceiro	39,0	34,7
	Uso preservativo em todas as relações sexuais com parceiro fixo	38,9	30,7
	Uso preservativo em todas as relações sexuais com parceiro casual	58,4	49,6

Mortalidade Aids: informações gerais

Nº óbitos acumulados (1980-2010): **241.469**

2009 – 12.097

2010 – 11.965

Coeficiente de mortalidade (por 100 mil habitantes)

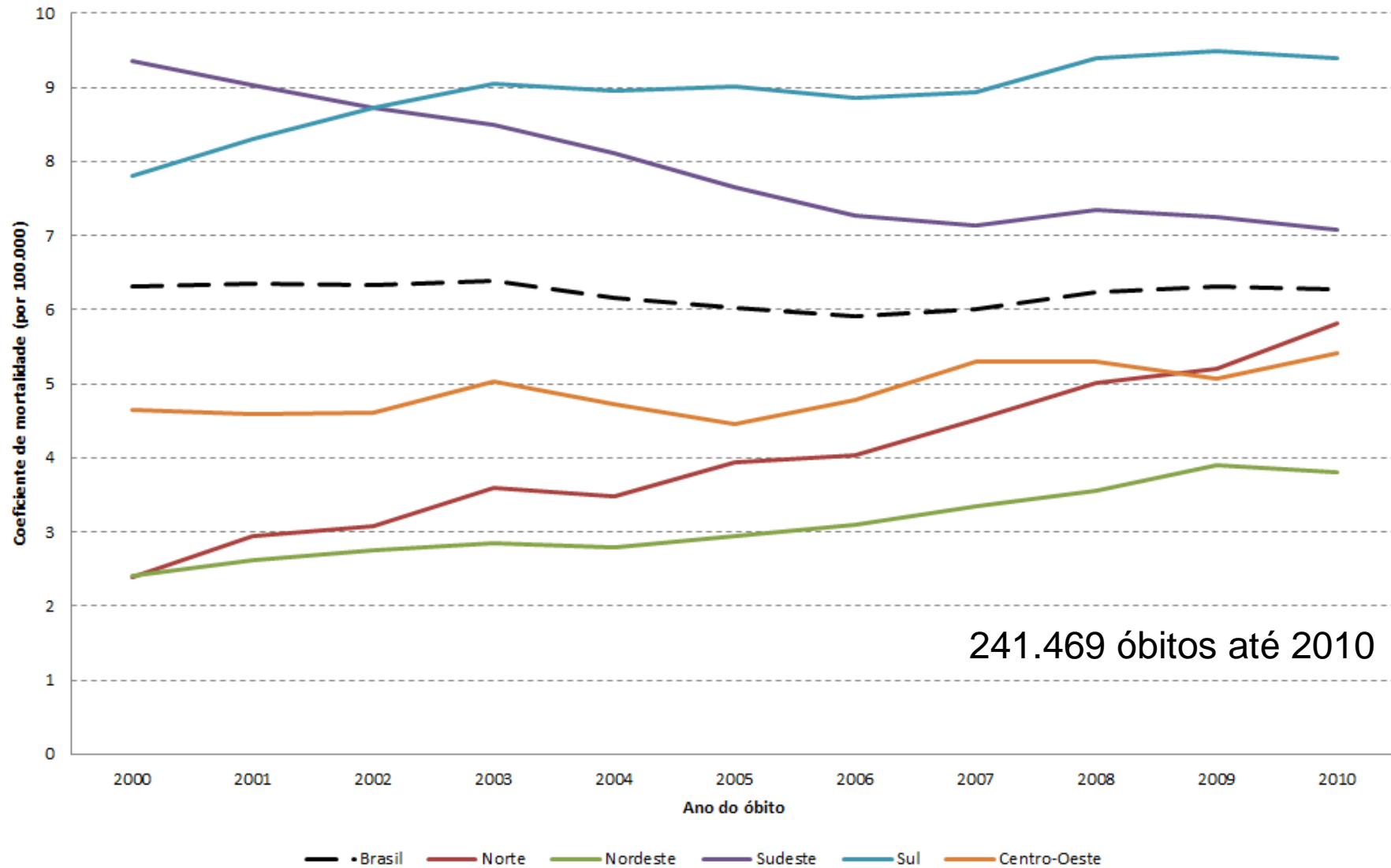
2009 – 6,3

2010 – 6,3

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

Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2011 e declarados no SIM de 2000 a 2010

Coeficiente de mortalidade por aids



Outras informações sobre a mortalidade por aids

Resultados de estudo mostram:

- Há aumento do percentual de óbitos cuja causa básica não era relacionada à HIV/aids (de 2,5% para 7%, entre 2000 e 2007, respectivamente)
- PVHA estão morrendo mais de neoplasias, doenças dos aparelhos circulatório e digestivo, doenças endócrinas, causas externas e hepatites virais
- Estima-se em 27% de subnumeração dos óbitos por aids no país

COMBATE AO PRECONCEITO, ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

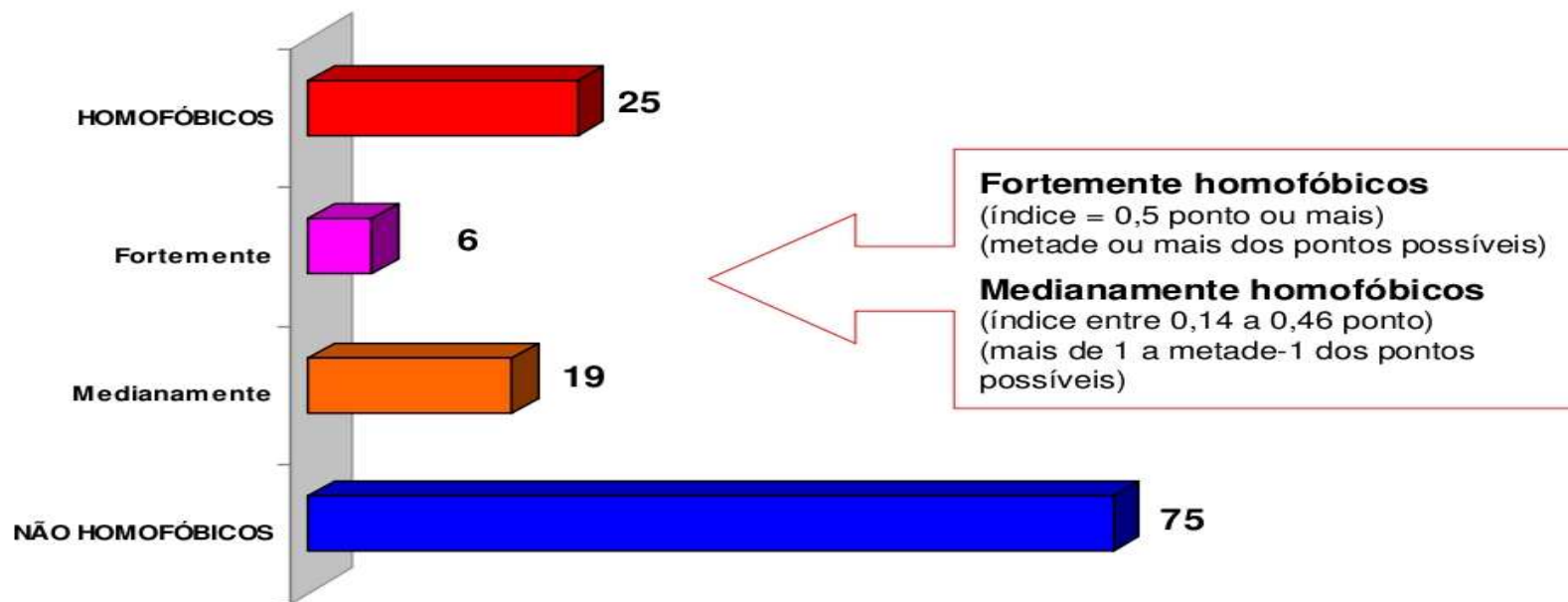
HOMOFOBIA UM DESAFIO A SER VENCIDO



Índice de homofobia*

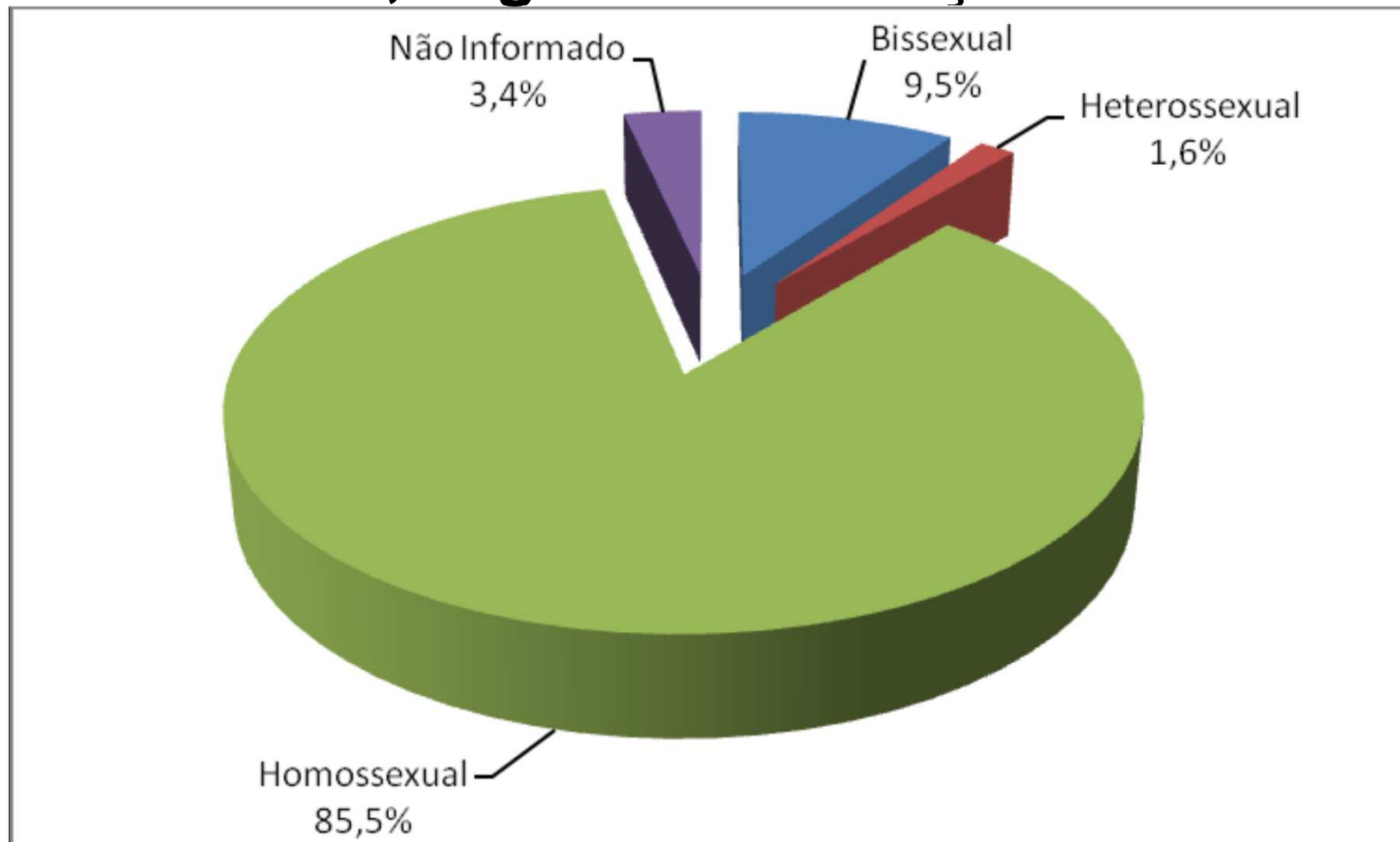


Base: Total das Amostras A+B - População Urbana
Fonte: NOP – FPA - 2008



* Índice construído a partir das respostas a 14 perguntas.

Relato de violência reportada ao disque 100 da SDH, segundo orientação sexual



ESTIGMA E VIOLÊNCIA

Estigma e violência entre HSH (18+) em 10 cidades (n=3.616), Brasil, 2009/2010

- 29.6% reportaram alguma forma de discriminação por orientação sexual, e 44.5% foram humilhados por alguma razão;
- 51.3% reportaram ter sofrido discriminação no local de trabalho; 28.1% na escola; e 13% em ambientes religiosos;

PRECONCEITO E ESTIGMA CONTRA PVHA

Afirmações	N	%
Se um membro de uma família ficasse doente com o vírus da aids, essa pessoa deveria ser cuidada na casa dessa família	7832	79,2
Se uma pessoa soubesse que alguém que trabalha vendendo legumes e verduras está com o vírus da aids, ela poderia continuar comprando esses alimentos dele	7780	69,6
Se uma professora tem o vírus da aids, mas não está doente, ela pode continuar a dar aulas em qualquer escola	7847	84,3
Se um membro de uma família for infectado pelo vírus da aids, essa família não deveria manter isso em segredo	7671	69,2
Apresentam algum tipo de preconceito (discordam de pelo menos uma das afirmações acima)	8000	97,8
Não declaram preconceito em todas as quatro situações (concordaram com todas as afirmações acima)	8000	53,7

ASSESSORIAS JURÍDICAS

Projetos de Assessoria Jurídica:

ANO: 2006

QUANTITATIVO DE PROJETOS: 46

VALORES ALOCADOS: 1.209.586,85

ANO: 2007

QUANTITATIVO DE PROJETOS: 43

VALORES ALOCADOS: 1.138.662,73

ANO: 2008

QUANTITATIVO DE PROJETOS: 43

VALORES ALOCADOS: 1.311.218,03

ANO: 2009/2010

QUANTITATIVO DE PROJETOS: 43

VALORES ALOCADOS: 1.292.070,60

ANO: 2011

QUANTITATIVO DE PROJETOS: 33

VALORES ALOCADOS: 1.399.316,30

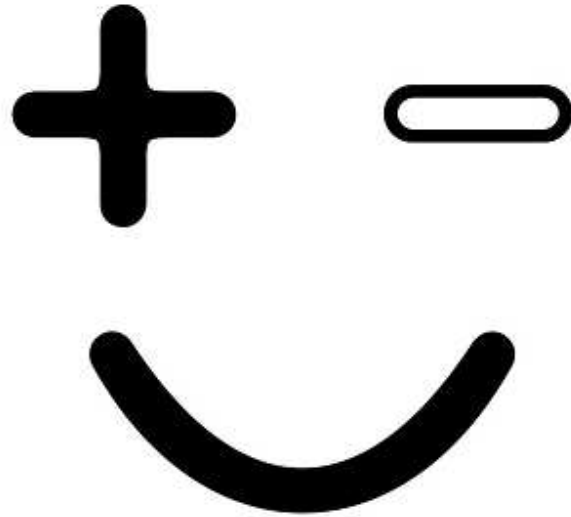
TOTAL DE PROJETOS: 208

VALOR GLOBAL R\$ 6.350.854,51

Em 2012 foram aprovados 48 projetos, em fase de finalização dos ajustes orçamentários
DENUNCIAS EFETUADAS NO BANCO DE DADOS DE VIOLAÇÕES EM DIREITOS HUMANOS: 1920

HOMO-LESBO-TRANSFOBIA E VIOLÊNCIA DE GÊNERO: AÇÕES INTEGRADAS

- Ações integradas de direitos humanos com a Secretaria de Direitos Humanos (SDH) e Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) para combater a violência de gênero e orientação sexual;
- Fortalecimento e integração da rede de serviços e de apoio em direitos humanos (SDH) e violência de gênero (SPM): avaliação e realinhamento dos planos de HSH e de Feminização;
- Apoio a rede de assessoria jurídica mantidas por organizações da sociedade civil (edital de projetos assessoria jurídica);
- Integração dos sistemas de informação: disque 100, disque 136 e banco de dados de violações de direitos humanos do departamento;
- Apoio a ações de prevenção em comemorações do Dia do Orgulho LGBT e em eventos da sociedade civil específicos (editais públicos para OSC).



FiqueSabendo

FAÇA O TESTE DE AIDS,
SÍFILIS E HEPATITE