

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

BRASÍLIA
2017

2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

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

Tiragem: 1ª edição – 2017

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
SAF Sul, Trecho 2, bloco F, Torre I, Edifício Premium
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Site: www.aids.gov.br
E-mail: aids@bvs.gov.br

Elaboração:

Ana Lúcia Ferraz Amstaldem
Ana Roberta Pati Pascom
Clarissa Habckost Dutra de Barros
Denise Serafim
Elisiane Pasini
Juliana Machado Givisiez
Luciana Garritano Barone do Nascimento
Márcia Rejane Colombo
Rafaela Mendes Medeiros
Regina Aparecida Comparini
Tainah Dourado de Miranda Lobo

Colaboração:

Adele Schwartz Benzaken
Gilvane Casimiro
Paula Adamy

Edição:

Assessoria de Comunicação – ASCOM

Revisão:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto gráfico e diagramação:

Fernanda Dias Almeida Mizael
Milena Hernandez Bendicho

Tabela 1. Número e proporção de testes realizados segundo população-chave	28
Tabela 2. Populações-chave testadas segundo escolaridade, raça/cor e faixa etária	31
Tabela 3. Populações-chave segundo número de testados e reagentes (N e %)	32
Tabela 4. Número e percentual de pessoas testadas para o HIV que nunca haviam realizado o teste de HIV na vida, por população-chave	33
Tabela 5. Número e proporção de pessoas testadas no projeto com resultado reagente e que declararam já ter se testado para o HIV na vida, segundo população-chave	34
Tabela 6. Frequência (N e %) dos indivíduos com exames reagentes para o HIV segundo encaminhamento para o serviço de saúde ...	36
Tabela 7. Frequência (N e %) de uso de álcool e outras drogas nos 30 dias anteriores à realização do teste	38
Tabela 8. Proporção de uso de álcool e outras drogas por população-chave nos 30 dias anteriores à realização do teste	40
Tabela 9. Número e proporção de indivíduos testados que declararam ter ou ter tido alguma IST nos 12 meses que antecederam a testagem.....	41



Introdução	7
I - Viva Melhor Sabendo: concepção e desenvolvimento.....	11
II - O processo de execução das ações desenvolvidas pelas Organizações da Sociedade Civil.....	19
III - Apresentação dos principais resultados das testagens realizadas	29
IV - Apresentação das recomendações das ONG e das Coordenações Estaduais e Municipais consolidadas no Seminário de Avaliação Viva Melhor Sabendo	43
V - Lições aprendidas e desafios	51
Referências	57





INTRODUÇÃO

Estima-se que, ao final de 2015, o Brasil possuía 827 mil pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), das quais cerca de 87% (715 mil) haviam sido diagnosticadas (BRASIL, 2016a). A taxa de aids no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,7 casos/100 mil habitantes (BRASIL, 2016b). Em algumas regiões do país, no entanto, a epidemia mostra taxas de detecção mais “aquecidas” (os chamados *hotspots*), tais como os estados do Amazonas, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Apesar de estável, a epidemia nacional é concentrada em populações-chave, que apresentam taxas de prevalência de HIV até 20 vezes maiores do que na população geral, que é de 0,4% (827 mil pessoas) (BRASIL, 2016a). Dados de pesquisas nacionais apontam prevalências de 5,9% entre pessoas que usam drogas (PUD)¹, 10,5% entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH)² e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (PS)³. Cabe destacar, ainda, a prevalência de HIV em 5,0%⁴ entre usuários de *crack* e similares (sendo 8,2% entre mulheres e 4,0% entre homens).

1 BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

2 KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

3 SZWARCOWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

4 BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

Um dos maiores desafios para a política nacional de HIV/aids é o enfrentamento do diagnóstico tardio, fundamental como medida de saúde pública para o controle da transmissão do HIV. Nessa direção, o Brasil está comprometido com a ampliação da testagem, associada à política da oferta do tratamento como prevenção (TasP/ *Test and Treat*), assegurando às pessoas seu direito de escolha para iniciar o tratamento, independentemente da taxa de CD4.

No esforço de ampliar a testagem entre as populações-chave a partir do paradigma da prevenção combinada, e de acordo com as diretrizes da política nacional de enfrentamento ao HIV/aids, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) lança, no segundo semestre de 2013, a estratégia de testagem rápida do HIV por amostra de fluido oral, em parceria com organizações da sociedade civil (ONG), tendo como foco as populações-chave e a metodologia de educação entre pares. A estratégia ganhou o nome de “Viva Melhor Sabendo” (VMS), numa alusão aos benefícios do conhecimento pessoal da sorologia para o HIV e o tratamento precoce, quando necessário.

A testagem é realizada de forma oportuna, voluntária, sigilosa e gratuita nos espaços de sociabilidade das populações-chave, associando prevenção, oferta de testagem e aconselhamento, diagnóstico precoce e tratamento ao envolvimento das populações-chave na elaboração, execução e monitoramento da estratégia. O teste Biomanguinhos/Fiocruz DPP@HIV-1/2 foi escolhido para a testagem por ser um método simples e dispensar seringas e agulhas. Pode ser utilizado fora do ambiente de laboratório por profissional capacitado e seu resultado sai em 20 minutos, com 99% de confiabilidade. É necessário que as pessoas com resultado reagente sejam encaminhadas para unidades de saúde de referência, para

conclusão do diagnóstico e para início do tratamento o mais rápido possível.

A estratégia para ampliação de testagem e diagnóstico surgiu também para superar as barreiras de acesso enfrentadas pelas populações-chave, tais como dificuldades dos serviços de saúde em lidar com práticas e vivências marginais; estigma e preconceito; limitações dos locais e horários de atendimento para testagem; desconhecimento das realidades e diversidades da população pelos profissionais de saúde; dentre outras. Assim, o VMS, que também acontece em horários e locais alternativos aos oferecidos pelos serviços de saúde, inova em dois aspectos fundamentais: a utilização do teste rápido para o HIV por amostra de fluido oral e por ser a primeira vez no Brasil em que a testagem é executada por trabalhadoras(es) da sociedade civil, sem necessariamente formação superior na área de saúde.

Cabe lembrar que o engajamento comunitário e o desenvolvimento de ações protagonizadas pelas próprias populações-chave ou por entidades que as representam são estratégias fundamentais para a ampliação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno. A participação social, por meio de organizações de base comunitária, é fundamental na medida em que aplica o conhecimento tácito da realidade dessas populações às ações oferecidas pelo SUS, considerando as características particulares de cada segmento e integrando as demandas e respostas, levando a um maior potencial de alcance de resultados e efetividade.

A parceria com ONG que já atuam com essas mesmas populações no enfrentamento das IST, aids e hepatites virais possibilita a troca de saberes e conhecimentos entre pares. A estratégia considera as dinâmicas próprias dessas

populações: além de as ações acontecerem nos espaços de sociabilidade das populações-chave, suas rotinas de ocupação são previamente mapeadas.

Este documento tem como objetivo analisar a execução da estratégia “*Viva Melhor Sabendo*” no período de novembro de 2013 a março de 2015. Foram utilizados como fonte de informações e dados os seguintes instrumentos: Relatórios Técnicos de Prestação de Contas elaborados pelas ONG; Relatórios de Monitoramento *in loco* elaborados pelos técnicos de referência; produto de consultoria externa contratada para avaliar os projetos desenvolvidos pelas ONG; e o SIMAV-pro. A análise contará com os seguintes itens:

1. Descrição da execução das atividades desenvolvidas pelo Departamento Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV);
2. Análise do processo de execução das ações desenvolvidas pelas ONG;
3. Apresentação dos principais resultados das testagens realizadas;
4. Apresentação das recomendações das ONG e das Coordenações Estaduais e Municipais consolidadas no Seminário de Avaliação Viva Melhor Sabendo.



VIVA MELHOR SABENDO: CONCEPÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A estratégia Viva Melhor Sabendo (VMS) teve como inspiração o Projeto Quero Fazer, realizado pelas instituições Pact Brasil, em um primeiro momento, e depois pela Associação Espaço de Prevenção e Atenção Humanizada (EPAH). O Quero Fazer teve como objetivo a ampliação da testagem do HIV para HSH e travestis em locais estratégicos e horários alternativos, com utilização de trailers. O projeto foi desenvolvido nas cidades de Recife, Rio de Janeiro, Brasília, São Paulo e Fortaleza no período de 2008 a 2014.

O escopo do projeto foi desenvolvido pela equipe da Coordenação de Prevenção e Articulação Social (CPAS), durante os meses de outubro e novembro de 2013. O plano de trabalho conteve: introdução, objetivos, metodologia, plano de ação e planilha orçamentária. A partir desse desenho, foram convidadas, por critério de experiência com abordagem comunitária junto às populações-chave e prevenção das IST/aids, 40 ONG distribuídas nas cinco regiões brasileiras (dez para cada população-chave). Destas, 38 ONG aceitaram o convite e participaram de Oficina de Capacitação oferecida pelo DIAHV, em Brasília/DF.

A modalidade de convite às organizações foi escolhida tendo em vista que a execução de testes rápidos com amostra de fluido oral constituía uma ação inovadora no país, e representou uma estratégia importante para garantir unidade e parâmetros técnicos ao conjunto de ações implantadas.

A partir do aceite das instituições, as Coordenações Estaduais e Municipais de IST/aids foram convidadas a participar de videoconferência que tratou da apresentação do projeto e das contribuições esperadas por cada instância envolvida nas ações previstas. Em seguimento,

a estratégia foi apresentada durante a reunião anual do DIAHV com representações de todas as coordenadorias estaduais e municipais de IST, aids e hepatites virais; como produto desse encontro, organizou-se um documento orientador que continha as atribuições de cada esfera de gestão no desenvolvimento dos projetos.

As quatro Oficinas de Capacitação, uma para cada conjunto de ONG vinculadas a determinada população-chave, aconteceram entre novembro e dezembro de 2013 e contaram com a participação de 74 educadores integrantes das equipes dos projetos. As capacitações foram elaboradas e oferecidas em parceria com diversas áreas do DIAHV: CPAS, Coordenação de Gestão e Governança (CGG), Coordenação de Laboratório (CLAB) e Assessoria de Monitoramento e Avaliação (AMA); também participaram das Oficinas representantes do organismo internacional parceiro na execução dos projetos, o Unodc (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime).

Para subsidiar o desenvolvimento das atividades em campo, foi desenvolvido pelo corpo técnico do DIAHV um material de apoio chamado "Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo", com todos os passos para a execução do projeto, orientações para a realização da testagem e informações sobre aconselhamento e encaminhamento, além de incluir o plano de monitoramento e avaliação da estratégia. Também foi construído um DVD instrucional sobre a realização do teste rápido por amostra de fluido oral. Nesse momento, também foi desenvolvida pela ASCOM/DIAHV a identidade visual que compõe estes e outros materiais educativos e itens de divulgação do projeto.

As equipes foram capacitadas nos seguintes conteúdos:

- Contexto atual e diretrizes de enfrentamento da epidemia do HIV/aids no Brasil;
- A experiência do Quero Fazer;
- Metodologia do projeto;
- Contextos de vulnerabilidade, estigma e abordagens de prevenção;
- Avaliação e Monitoramento do projeto;
- Instruções orçamentárias e prestação de contas;
- Conceitos básicos sobre teste rápido e teste rápido de fluido oral;
- Demonstração do método de testagem – parte prática;
- Entrega de resultado e abordagens de prevenção.

Como metodologia, utilizaram-se dinâmicas de grupos, exposição oral, apresentação de vídeos, oficina prática sobre como utilizar o teste rápido de fluido oral e rodas de conversa.

As instituições foram orientadas a trazerem para as Oficinas os documentos necessários à celebração de contrato com a União e o Unodc, a ser firmado no momento da capacitação. Ao final, tendo em vista que algumas organizações tiveram impedimentos administrativos, foram financiados 34 projetos, que somaram um total de R\$ 1.700.000,00, distribuídos no

país da seguinte forma: 14 projetos na região Nordeste; 4 na região Norte; 6 na região Sudeste; 6 na região Sul; e 4 na região Centro Oeste.

Após a realização das Oficinas e celebração dos contratos, o DIAHV realizou a distribuição, diretamente às instituições, de todos os insumos necessários para a execução do projeto. Os quantitativos abaixo se referem às remessas iniciais, tendo sido realizadas outras remessas, de acordo com a necessidade de cada instituição:

1. Insumos de prevenção: por ONG, foram enviados os quantitativos de 7.200 preservativos masculinos; 2.000 preservativos femininos; e 2.000 géis lubrificantes.
2. Kits de TR de fluido oral: cada ONG recebeu o quantitativo inicial de 500 testes (25 kits com 20 unidades cada);
3. Kits de saída de campo: foram enviados 4 kits para cada ONG, contendo:
 - 01 mochila para acondicionar os testes e demais materiais;
 - 03 camisetas com a logo do Projeto;
 - 01 prancheta;
 - 01 bandeja portátil para ser utilizada como suporte dos materiais no momento da testagem;
 - 01 garrafa de água;
 - 01 carimbo com a frase “Não apresentou documento”;

- 01 almofada de carimbo, utilizada para marcar a digital das pessoas que não puderam assinar os documentos de autorização para testagem;
- 01 cronômetro digital;
- 02 pacotes de guardanapos;
- 01 caixa de lenços umedecidos;
- 01 caixa de canetas;
- 01 pacote de sacos de lixo;
- 02 pacotes de copos descartáveis;
- 01 caixa de luvas descartáveis;
- 01 pasta.

4. Documentos utilizados nas saídas de campo: cada ONG recebeu o quantitativo de 1.000 formulários de registro, 1.000 termos de consentimento livre e esclarecido e 125 encaminhamentos.

Em maio de 2014, o DIAHV lançou Edital Público (Processo Licitatório nº 01/2014) para a seleção de mais instituições que integrassem o VMS. Selecionaram-se 19 instituições, que foram treinadas em Oficina de Capacitação realizada em julho de 2014, em Brasília. No âmbito desse Edital, foram financiados 19 projetos, em um total de R\$ 914.806,82 distribuídos no país da seguinte forma: 3 na região Nordeste; 2 na região Norte; 3 na região Sudeste; 5 na região Sul; e 6 na região Centro-Oeste.

Importante ressaltar que, diferentemente das primeiras ONG que atuaram junto ao Viva Melhor Sabendo, as ONG selecionadas pelo Edital puderam trabalhar com uma ou mais populações-chave, escolhidas pela instituição. Isso porque os primeiros projetos demonstraram que em muitos lugares era grande a convivência simultânea de mais de uma população-chave, além do que muitas ONG acumulavam experiência de intervenção com mais de um segmento populacional.

Foi desenvolvido pelas áreas técnicas CGG, AMA e CPAS, especificamente para a estratégia, um plano sistematizado e informatizado de monitoramento. O objetivo desse plano foi o de acompanhar o desenvolvimento das ações, permitindo identificar correções e alterações necessárias em tempo real, além de conhecer aspectos epidemiológicos sobre as populações-chave.

Como parte desse plano, foi desenvolvido o SIMAV-pro (Sistema Informatizado de Monitoramento e Avaliação), que é um sistema on-line em que as instituições preenchem dados relativos aos testes realizados e outras atividades desenvolvidas no âmbito do projeto. Para cada pessoa que realizou a testagem, foi preenchido um Formulário de Registro contendo informações sociodemográficas e epidemiológicas, sem obrigatoriedade de identificação; os dados constantes dos formulários, inseridos no SIMAV-pro, alimentam planilhas mensais de indicadores sobre os números de testagens, casos reagentes, encaminhamentos e atendimentos nos serviços de referência.

Além do SIMAV-pro, foram desenvolvidos três relatórios de monitoramento a serem preenchidos pelas instituições em diferentes momentos da execução do projeto: o Relatório Técnico de Planejamento, contendo informações sobre as iniciativas para implementação do projeto; o Relatório Técnico Parcial, sobre o desenvolvimento

do projeto, parcerias estabelecidas e indicadores das testagens realizadas; e o Relatório Técnico Final, que reúne todos os indicadores estabelecidos para o projeto e informações qualitativas sobre as atividades executadas. Os relatórios técnicos também compuseram as prestações de contas apresentadas pelas instituições.

O monitoramento dos projetos, além dos instrumentos citados, contou com visitas *in loco* realizadas pelas(os) técnicas(os) das áreas CPAS, CGG e CLAB. O início de todas as saídas de campo foi acompanhado por uma(um) técnica(o) da CPAS e, nos projetos demonstrativos também da CLAB, em uma visita técnica que contou, inicialmente, com treinamento da equipe na instituição, reunião com as gestões locais e serviços de referência, e, depois, saída de campo supervisionada. Durante o monitoramento dos subprojetos e análise das prestações de contas, as instituições identificadas como prioritárias devido a algum problema de execução foram visitadas por técnicas(os) da CPAS, algumas vezes em parceria com técnicas(os) do Núcleo de Projetos da CGG.

Ao encerramento dos projetos, foi realizado em Brasília (DF), nos dias 25, 26 e 27 de abril de 2015, o Seminário de Avaliação Viva Melhor Sabendo, que contou com a presença de 01 (um/uma) representante por ONG participante e representantes das gestões estaduais e municipais envolvidas. As principais recomendações e encaminhamentos desse evento serão apresentados no presente documento.





II O PROCESSO DE EXECUÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

As equipes das ONG conduziram todas as etapas do processo, desde a abordagem individual até a informação do resultado do teste e o encaminhamento da pessoa ao serviço de referência, quando necessário. Toda a abordagem foi pautada pela ética, respeito aos direitos humanos, combate ao estigma e à discriminação, promoção da saúde, sigilo e confidencialidade.

Assim, cada instituição contou com uma equipe mínima composta por um(a) coordenador(a) e quatro educadores(as) de pares. O roteiro básico dos projetos pressupôs o mapeamento das áreas de atuação, a articulação local com a gestão de saúde e os serviços de referência, a abordagem, o acolhimento e o acompanhamento de cada pessoa pelo(a) educador(a) de pares.

Durante as abordagens, foram oferecidas informações sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV, no conjunto das ações de educação em saúde, juntamente com informações a respeito do teste em si. Os testes foram realizados nos próprios locais de abordagem, reservadas as condições de privacidade e sigilo. Após a realização do teste, que leva de 20 a 30 minutos, as pessoas receberam o resultado e as orientações pós-teste, fosse este reagente ou não. As pessoas com resultado reagente foram encaminhadas aos serviços de saúde e as equipes das ONG tinham como responsabilidade o acompanhamento desses casos até a confirmação diagnóstica e início do tratamento.

A seguir, serão apresentadas algumas análises sobre as principais atividades desenvolvidas pelas ONG para o desenvolvimento dos projetos. Essas análises foram construídas a partir dos seguintes documentos: a) Relatórios Técnicos de Prestação de Contas elaborados pelas ONG; b) Relatórios de monitoramento in loco elaborados pelos técnicos de referência; c) Produto de consultoria externa contratada para avaliar os projetos desenvolvidos pelas ONG, além das percepções da equipe da CPAS envolvida com o VMS.

As capacitações das equipes das ONG

Sobre os conteúdos trabalhados, avaliou-se serem suficientes e adequados para o desenvolvimento da estratégia. Porém, alguns participantes e a equipe do DIAHV destacaram a necessidade de se ter mais tempo para aprofundar os assuntos “Estigma, Discriminação e Vulnerabilidades” e “Instruções Orçamentárias e Prestação de Contas”, tendo sido este último tema alvo de dúvidas durante toda a execução dos projetos. A metodologia e os instrumentos utilizados nas Oficinas de Capacitação foram considerados satisfatórios.

Ressaltou-se ainda, durante o processo das capacitações, a necessidade de aprofundar a metodologia do acompanhamento das pessoas com resultado reagente, tendo a equipe do DIAHV avaliado que essa questão poderia ter sido melhor trabalhada junto às gestões locais durante as reuniões de planejamento entre ONG e coordenações municipais e estaduais.

As avaliações e sugestões das(os) participantes foram reunidas em um documento de avaliação distribuído durante as Oficinas, e algumas contribuições foram incorporadas às capacitações seguintes. Um importante aprendizado a respeito desse modelo de capacitações foi a necessidade de capacitar a equipe inteira (e não apenas dois representantes da ONG – responsáveis por multiplicar as informações), tendo em vista a complexidade dos conteúdos. Sendo assim, a partir do período aqui analisado, as capacitações ocorreram nas cidades em que os projetos estão sendo desenvolvidos, permitindo a participação de toda a equipe da ONG e de representantes das coordenações locais.

Articulações com Coordenações Estaduais e Municipais

Todas as ONG, antes de iniciarem as atividades de campo, tinham por responsabilidade articularem com as coordenações locais o planejamento das ações conjuntas. Os seguintes itens foram sugeridos para essa articulação:

5. Agenda de reuniões de monitoramento

- As reuniões de monitoramento devem acontecer em frequência estabelecida pelos parceiros. O importante é que sejam regulares e que as dificuldades e encaminhamentos necessários sejam resolvidos com a contribuição de todos;

- Sugere-se que os serviços de referência envolvidos sejam convidados a participar;

6. Logística de repasse de insumos

- É preciso que as ONG façam uma estimativa de quantos preservativos femininos e masculinos e sachês de gel lubrificante precisam para realizar as atividades de campo e articulem regularmente com a Coordenação Municipal sobre a disponibilização destes;

7. Capacitações

- Havendo necessidade de complemento da capacitação oferecida pelo DIAHV e/ou outras questões sobre IST/aids, é preciso que a ONG identifique a necessidade e articule com as Coordenações Estadual e Municipal a realização de treinamento;

8. Monitoramento dos testes confirmatórios

- Estabelecimento dos serviços de referência para os testes confirmatórios;
- Estabelecimento de pessoa de referência no serviço;
- Estabelecimento de como se dará a comunicação entre município, serviço e ONG para acompanhamento das pessoas;

9. Monitoramento do SIMAV-pro

- A ONG é responsável por inserir no SIMAV-pro, sistema online de monitoramento, todos os formulários de teste realizados, bem como por alimentar os dados das planilhas mensais que contêm os indicadores acompanhados durante o projeto. As informações ali constantes são sigilosas e devem ser acompanhadas, além da ONG, pelas Coordenações e pelo DIAHV.

10. Possíveis parcerias

- Consultórios na Rua, Atenção Básica, CAPS, CTA e outras possibilidades no território.

A partir dessa articulação inicial, as ONG e coordenações se reuniram, de acordo com os pactos estabelecidos, para monitorar a estratégia e solucionar desafios encontrados.

A principal dificuldade relatada acerca desse item foi a organização do fluxo de referência dos casos reagentes e a comunicação com o serviço para verificação do atendimento das pessoas encaminhadas pelo projeto. Em razão das particularidades de cada localidade, os projetos tiveram de ser adaptados às realidades locais da rede de saúde. Por exemplo, em algumas cidades havia apenas um serviço de referência (facilitando o acompanhamento das ONG) e, em outras, a referência aconteceu para as unidades de saúde da Atenção Básica – exigindo das ONG uma organização junto às gestões locais para verificação dos atendimentos. Em algumas localidades,

também houve relato de melhoria do fluxo de referência oportunizado pelo projeto, além de os serviços terem se empenhado, em parceria com as ONG, para superar dificuldades no atendimento às populações-chave, tais como a sensibilização dos trabalhadores sobre estigma e discriminação, uso do nome social e priorização dessas populações no atendimento.

Foi recomendado que os serviços de referência realizassem acompanhamento do trabalho de campo, como forma de se aproximar da realidade e das pessoas beneficiadas pelas ações e, em alguns casos, para diluir estigma e preconceitos em relação às populações-chave.

Organização das equipes das ONG e o trabalho de campo

Quanto à organização dos processos de trabalho das equipes, cada equipe se organizou de acordo com sua realidade e perfil das(os) educadoras(es). O escopo inicial previa que as pessoas educadoras estivessem aptas a desempenhar todas as etapas da testagem e que as saídas de campo acontecessem com a presença de toda a equipe. Contudo, cada equipe desenvolveu seu processo de trabalho, de acordo com as aptidões de cada integrante e com a realidade dos campos. Por exemplo, alguns tinham mais desenvoltura para realizar as abordagens iniciais, a execução do teste em si ou a entrega dos resultados. Dessa forma, algumas equipes dividiram as atividades/responsabilidades em campo. Nas saídas de campo, houve equipes que se dividiram, atuando em duplas ou

trios em momentos e espaços distintos. As adaptações demonstraram que a estratégia é dinâmica e adaptável, sendo possível (e desejável) que as equipes tenham liberdade para se organizarem da melhor forma, sem prejuízo para o alcance do objetivo do VMS.

Em relação à divulgação dos projetos, as principais ferramentas utilizadas foram: redes sociais, panfletos, visitas aos espaços de sociabilidade, rádios comunitárias, além de jornais e televisão, quando houve procura da mídia pelos projetos.

Na abordagem inicial para a oferta do teste, foram desenvolvidas estratégias de acordo com os campos e com as populações-chave. Em alguns espaços, foi possível o uso de abordagens por meio do teatro, do uso de tendas e de outras atividades coletivas; porém, em sua maioria, as abordagens aconteceram individualmente, primando pela discrição da oferta necessária em campos tais como os pontos de prostituição e locais de uso de drogas.

Os espaços de sociabilidade mais frequentes foram: praças públicas, casas de moradia de mulheres profissionais do sexo e travestis, pontos de “pegação”, saunas gays, cinemas pornôns, ruas com pontos de prostituição, bares, boates, festas e ruas em que acontece o uso de drogas.

Os municípios com menor população tendem a esgotar as possibilidades de oferta de testagem para as populações-chave mais rapidamente. Quanto a isso, as ONG adotaram a estratégia de reorganizar seus planejamentos de campo e ampliar o mapeamento em outras áreas de municípios vizinhos. Essas mudanças foram tecnicamente avaliadas pelo DIAHV. A realização das testagens aconteceu, em sua maior parte, apenas com o uso do kit oferecido pelo DIAHV. Algumas ONG adquiriram tendas, mesas e

cadeiras ou utilizaram espaços de entidades parceiras que contavam com essa estrutura. O uso desses itens não foi fator que influenciou positiva ou negativamente no trabalho de campo, uma vez que, a depender do espaço, era preferível não contar com nenhum instrumento além do kit de campo, como nas “cracolândias” e ruas com pontos de prostituição.

Acompanhamento dos casos reagentes

O acompanhamento das pessoas com resultado reagente é uma etapa que ainda está em processo de melhoria por parte de todas as instâncias envolvidas na estratégia.

Durante o período avaliado, foram baixos os números relacionados ao indicador “Número de pessoas encaminhadas que foram atendidas no serviço de referência”. As principais dificuldades encontradas pelas ONG surgiram desde a definição do fluxo de referência até questões pessoais das pessoas acompanhadas.

Alguns relatos indicaram que muitas pessoas, ainda que tenham autorizado o acompanhamento da ONG, mudam de ideia depois de receberem um resultado reagente ou, ainda, mudam de telefone ou de cidade, e/ou ficam com receio ou vergonha de ir ao serviço de saúde e serem reconhecidas. Para superar essa dificuldade, avaliou-se a necessidade tanto de fortalecer o trabalho combinado entre as ONG e o serviço de saúde indicado para receber as pessoas com testes reagentes, como de qualificar o vínculo com as pessoas testadas.

Para o monitoramento do VMS, o DIAHV desenvolveu o Sistema de Monitoramento e Avaliação de Projetos com ONG (SIMAV-pro). O sistema é on-line e permite que o DIAHV acompanhe em tempo real o cumprimento das atividades propostas, possibilitando as correções necessárias na execução do projeto. Além disso, o sistema organiza as informações que retratam a realidade das pessoas que realizaram o teste rápido de fluido oral, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento do HIV/aids nas populações-chave. As ONG preenchem no SIMAV-pro tanto dados que estão na ficha de cadastro (documento obrigatório para que a pessoa realize o teste) quanto nas planilhas mensais, nas quais retratam o processo de trabalho do grupo (reuniões, saídas a campo, quantidade da oferta de testes e de insumos, materiais de comunicação em saúde).

As 53 OSC cadastraram no SIMAV-pro um total de 29.725 testes, durante os meses de janeiro de 2014 a abril de 2015, sendo que 12 desses testes apresentaram problemas na ficha cadastral e não puderam ser contabilizadas nas análises seguintes. Portanto, o número final com que trabalhamos é de 29.713.

Abaixo serão apresentados os principais resultados dessas testagens realizadas:

Do total desses 29.713 testes realizados, 18,8% (5.364) foram em mulheres profissionais do sexo; 18,0% (5.364) em gays e outros HSH; 14,2% (4.215) em PUD; 3,8% (1.125) em travestis; 3,5% (1.052) em homens profissionais do sexo; 1,7% (488) em pessoas transexuais e 40% (11.892) em outras populações. Portanto, as pessoas que se encontram na categoria de outras populações, mulheres profissionais do sexo e gays e outros HSH foram os grupos mais testados – um dado que deverá ser melhor explorado na continuidade dessa estratégia, principalmente, para compreender as razões do baixo número de travestis e transexuais testadas.

Tabela 1. Número e proporção de testes realizados segundo população-chave

População-chave	Frequência	
	N	%
Travestis	1.125	3,8
Pessoas transexuais	488	1,7
Gays e outros HSH	5.364	18,0
Homens profissionais do sexo	1.052	3,5
Pessoas que usam drogas	4.215	14,2
Mulheres profissionais do sexo	5.577	18,8
Outras populações	11.892	40,0
Total	29.713	100

Fonte: DIAHV/SVS/MS



APRESENTAÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS DAS TESTAGENS REALIZADAS⁵

Em média, cada ONG realizou 569 testes, sendo que o máximo de testes realizados foi de 1.643. Destaca-se que 25% das ONG realizaram até 369 testes, 50% das ONG até 498 e 75% delas foram responsáveis por até 686 testagens cada. Apenas 25% das ONG realizaram mais que 686 testes.

Destacam-se outros elementos importantes. Primeiramente, o fato de que 7.737 pessoas que realizaram o teste rápido se autodeclararam profissionais do sexo, o que significa praticamente 25% do total de toda a população testada.

Especificamente, os dados das populações testadas no VMS mostraram que: 80% das travestis, 42% das pessoas transexuais e 11,41% dos gays e outros HSH se declararam profissionais do sexo. Em outra perspectiva, cerca de 66% dos homens profissionais do sexo se declararam HSH. Importante refletir sobre o fato de que a prostituição é um comportamento que perpassa mais de uma população-chave. Além disso, a categoria de homens profissionais do sexo não estava entre as populações-chave dessa estratégia. Entretanto, os dados demonstraram uma grande proporção de testes reagentes entre homens (na sua maioria gays e HSH) que se consideravam profissionais do sexo, o que revelou a importância de se aprimorar, no futuro, o conhecimento sobre suas práticas ligadas à prevenção do HIV.

Os dados também mostraram que 40% dos testes foram realizados em pessoas intituladas como “outras populações”, ou seja, aquelas que não são entendidas como populações-chave. A diretriz para todas as ONG foi de que as ações deveriam ser focadas nessas populações,

⁵ Esse item do relatório foi desenvolvido em conjunto com a Assessoria de Monitoramento e Avaliação (AMA).

mas, ao mesmo tempo, de que não se negaria teste a ninguém. Portanto, todas as pessoas interessadas no teste deveriam ser testadas. Nos monitoramentos realizados pelas técnicas(os) do DIAHV, compreendeu-se que esse grupo de “outras populações” é formado por clientes de profissionais do sexo, trabalhadoras e trabalhadores de estabelecimentos de prostituição, amigos(as) de pessoas testadas, pessoas que frequentam as ONG e outras pessoas que pertencem ao cenário de sociabilidade das populações-chave.

A Tabela 2 apresenta os dados das populações testadas, segundo escolaridade, raça/cor e faixa etária. Observou-se que 48,2% das travestis tinham 24 anos ou menos, 47,4% haviam concluído o ensino fundamental e 66,2% eram pretas ou pardas. Em relação às pessoas transexuais, 69,3% tinham até 34 anos, 50,7% haviam concluído o ensino médio ou níveis de escolaridade mais elevados e 56,2% se consideravam pretas ou pardas. Na população de gays e outros HSH, 75,5% tinham até 34 anos, 62,9% haviam completado o nível médio ou mais e 66,6% se declararam pretos ou pardos. Dos homens profissionais do sexo, 72,1% tinham até 34 anos, 44,8% haviam concluído o ensino fundamental e 68,5% se declararam pretos ou pardos. No grupo de pessoas que usam drogas, 66,9% tinham até 34 anos, 20,6% possuíam fundamental incompleto e 48,5% haviam concluído o ensino fundamental, sendo que 63,2% se consideravam pretos ou pardos. Das mulheres profissionais do sexo, 43,8% tinham entre 25 e 34 anos, 23,6% não haviam terminado o ensino fundamental e 63,8% se consideravam pretas ou pardas. Em relação às “outras populações”, 55,6% tinham até 34 anos, 51,7% haviam completado o nível médio ou outro nível de escolaridade mais elevado e 65,7% se consideravam pretos e pardos.

Tabela 2. Populações-chave testadas segundo escolaridade, raça/cor e faixa etária

Dados sociodemográficos	Travestis		Pessoas transsexuais		Gays e outros HSH		Homens profissionais do sexo		PUD		Mulheres profissionais do sexo		Outras populações	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	538	48,2	160	33,1	2209	42,1	402	38,6	1445	34,6	1378	24,9	3186	27,2
Faixa etária	389	34,9	175	36,2	1757	33,4	349	33,5	1352	32,3	2427	43,8	3322	28,4
	159	14,2	110	22,8	940	17,9	223	21,4	1070	25,6	1423	25,7	3130	26,7
	30	2,7	38	7,9	347	6,6	68	6,5	315	7,5	314	5,7	2077	17,7
	216	19,3	57	11,8	422	7,9	188	18,0	861	20,6	1305	23,6	1804	15,3
Escolaridade	531	47,4	182	37,5	1554	29,2	467	44,8	2024	48,5	2579	46,7	3895	33,0
	373	33,3	246	50,7	3344	62,9	388	37,2	1286	30,8	1638	29,7	6104	51,7
	15	1,3	17	3,5	60	1,1	14	1,4	50	1,2	84	1,5	187	1,6
	331	29,6	190	39,1	1664	31,4	300	28,9	1421	34,2	1838	33,2	3696	31,4
	32	2,9	6	1,2	45	0,8	12	1,2	61	1,5	80	1,4	148	1,3
	528	47,2	217	44,7	2589	48,8	519	50,0	1914	46,0	2690	48,6	5843	49,7
	212	19,0	56	11,5	947	17,9	192	18,5	714	17,2	841	15,2	1886	16,0

Fonte: DIAHV/SV/MS

Quanto à proporção de casos reagentes, é possível observar, na Tabela 3, as diferenças entre as populações testadas.

A maior porcentagem de reagentes foi verificada entre as travestis, 12,6%, seguidas pelas pessoas transexuais, 6,2%. Entre os gays e outros HSH, a proporção de testes positivos para o HIV foi de 4,7% e entre homens profissionais do sexo foi de 4,6%. A proporção de reagentes entre pessoas que usam drogas foi de 2,4% e de 1,5% entre as mulheres profissionais do sexo. Nas outras populações, foi de 1,2%.

Tabela 3. Populações-chave segundo número de testados e reagentes (N e %)

Populações-chave	Total de testados	Reagentes	%
Travestis	1.125	142	12,6
Pessoas transexuais	487	30	6,2
Homens profissionais do sexo	1.051	49	4,7
Gays e outros HSH	5.364	247	4,6
Pessoas que usam drogas	4.215	100	2,4
Mulheres profissionais do sexo	5.577	85	1,5
Outras populações	11.892	138	1,2
Total	29.713	791	2,7

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Outro dado relevante é que 46% das pessoas testadas realizaram seu primeiro teste no Viva Melhor Sabendo (Tabela 4), o que fortalece o trabalho e aponta para a importância de a estratégia ir até o local em que as populações-chave se encontram e realizar os testes em horários alternativos.

Tabela 4. Número e percentual de pessoas testadas para o HIV que nunca haviam realizado o teste de HIV na vida, por população-chave

População-chave	Teste na vida			
	Não		Sim	
	N	%	N	%
Travestis	416	47,2	693	52,8
Pessoas transexuais	159	32,6	328	67,4
Gays e outros HSH	2.365	44,6	2.938	55,4
Homens profissionais do sexo	511	49,4	523	50,6
PUD	2.487	59,6	1.685	40,4
Mulheres profissionais do sexo	1.364	24,7	4.167	75,3
Outras populações	6.457	54,9	5.303	45,1
Total	13.759	46,0	15.637	54,0

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Tabela 5. Número e proporção de pessoas testadas no projeto com resultado reagente e que declararam já ter se testado para o HIV na vida, segundo população-chave

População-chave	Reagente			
	Nunca havia se testado na vida		Já havia se testado na vida	
	N	%	N	%
Travestis	41	29,9	96	70,1
Pessoas transexuais	6	20,0	24	80,0
Gays e outros HSH	67	27,6	176	72,4
Homens profissionais do sexo	17	35,4	31	64,6
PUD	51	51,5	48	48,5
Mulheres profissionais do sexo	12	14,5	71	85,5
Outras populações	46	34,8	86	65,2
Total	240	30,8	532	69,2

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Do total de casos reagentes, 30,8% nunca haviam feito o teste de HIV na vida (Tabela 5). De fato, esse resultado reforça que o foco da estratégia foi adequado, visto que deu oportunidade para que muitas pessoas que não realizaram o teste de HIV durante suas vidas, pelos mais diversos motivos, pudessem acessá-lo e escolher realizá-lo no âmbito do projeto. A análise por população-chave mostrou que aproximadamente 60% das pessoas que usam drogas e 24,7% das mulheres profissionais do sexo nunca tinham sido testadas para o HIV na vida, sendo essas a maior e a menor proporção de indivíduos por populações que nunca haviam se testado para o HIV na

vida, respectivamente. Isso significa que a maioria das mulheres profissionais do sexo acessadas já tinham se testado, ao contrário das duas outras populações (pessoas que usam drogas e outras populações), do que surge a hipótese de que as profissionais do sexo acessadas eram mulheres já contempladas por outras ações de prevenção do HIV/aids.

Destaca-se ainda que, entre os casos reagentes, 85,5% das mulheres profissionais do sexo e 80% das pessoas transexuais já haviam se testado para o HIV na vida. No caso das pessoas que usam drogas, 51,5% nunca haviam se testado na vida e 35,4% dos homens profissionais do sexo também nunca tinham se testado. Em relação às outras populações testadas com resultado reagente, 34,8% nunca haviam realizado o teste de HIV anteriormente (Tabela 4).

No que se refere ao encaminhamento de indivíduos (Tabela 6) com testes reagentes para o HIV aos serviços de saúde, destaca-se que 18% (139) não foram encaminhados. As maiores proporções de não encaminhamentos aos serviços foram encontradas entre profissionais do sexo, tanto mulheres quanto homens: 24,7% e 21,5%, respectivamente. Ao mesmo tempo, é importante ressaltar que a população que alcançou a maior porcentagem de encaminhamentos foi a de pessoas transexuais (93,3%). A justificativa para esse dado foi a dificuldade em contatar algumas pessoas que realizaram o teste, mas não aguardaram até a entrega do resultado – momento em que o encaminhamento é feito.

Tabela 6. Frequência (N e %) dos indivíduos com exames reagentes para o HIV segundo encaminhamento para o serviço de saúde

População-chave	Encaminhados		Não encaminhados	
	N	%	N	%
Travestis	117	84,2	22	15,8
Pessoas transexuais	28	93,3	3	6,7
Gays e outros HSH	204	83,3	41	16,7
Homens profissionais do sexo	37	80,4	9	19,6
PUD	84	84,8	15	15,2
Mulheres profissionais do sexo	61	75,3	20	24,7
Outras populações	105	78,5	29	21,5
Total	636	82,0	139	18,0

Fonte: DIAHV/SVS/MS

A todo momento, as ONG demonstraram um grande empenho para o acompanhamento das pessoas com testes reagentes ao serviço de saúde, na perspectiva da política nacional de enfrentamento da aids, bem como das chamadas metas internacionais 90-90-90. Porém, houve grande dificuldade relatada pelas equipes das ONG em realizar esse acompanhamento. Os motivos citados foram relativos às dinâmicas próprias das populações-chave (trabalho sazonal, mudança de telefones de contato, a busca de lugares em que não sejam vistas, dificuldade de acessar os serviços de saúde – mesmo quando em companhia de alguém de sua confiança) e outras dinâmicas de ordem da autonomia das pessoas em não permitirem o contato/acompanhamento, ainda que

previamente autorizado. Além disso, foi relatado o fato de que algumas pessoas já conheciam sua sorologia e, portanto, já tinham acessado o serviço de saúde.

Quanto à frequência de uso de álcool e outras drogas pelos indivíduos nos 30 dias que antecederam a testagem (Tabela 7), observam-se algumas questões importantes. O uso das substâncias apresentado nessa tabela não é exclusivo, ou seja, cada indivíduo testado pode ter reportado uso concomitante das drogas enumeradas. O **álcool foi a substância mais utilizada (58,1%)**, seguido da maconha (17,7%). O uso de crack foi relatado por 7,1% das pessoas testadas, sendo essa proporção semelhante à observada para o uso de drogas sintéticas (6,4%). As menores proporções encontradas relacionam-se à pasta-base (1,5%), inalantes (0,8%), merla (0,6%) e outras drogas (0,2%). A Tabela 5 mostra, ainda, que 33,3% das pessoas testadas não reportaram uso de substâncias psicoativas.

Tabela 7. Frequência (N e %) de uso de álcool e outras drogas nos 30 dias anteriores à realização do teste

Drogas	N	%
Álcool	17.280	58,1
Cocaína	2.379	8,0
Maconha	5.253	17,7
Crack	2.098	7,1
Inalantes ¹	238	0,8
Sintéticas ¹	1.893	6,4
Merla	186	0,6
Pasta-base	450	1,5
Outras ¹	45	0,2
Pelo menos uma das drogas acima	19.814	66,7 ²

Fonte: DIAHV/SVS/MS

(1) Drogas inalantes correspondem aos registros de lança-perfume, loló, cola e tiner na base de dados; drogas sintéticas, aos registros de ecstasy, bala, key, anfetamina, MD, LSD, doce, papel e gota na base de dados; outras drogas correspondem aos registros de heroína, oxi e metanfetamina na base de dados.

(2) Das pessoas testadas, 33,3% não usam nenhuma das drogas listadas na tabela.

Destaca-se, ainda, que a análise por população-chave mostrou que 51,4% das outras populações testadas relataram uso somente de álcool, seguidas de 47,6% das mulheres profissionais do sexo (Tabela 8). Em relação ao uso de pelo menos uma substância psicoativa, as maiores proporções se verificaram entre os homens (78,9%) e as mulheres profissionais do sexo (70,8%). Nesses casos, observou-se que as mulheres relataram maior proporção de uso somente de álcool (47,6%) e os homens, ao contrário, de outras drogas psicoativas, excetuando-se o álcool (46,1%).

Quanto ao uso de pelo menos duas substâncias psicoativas, ainda de acordo com a Tabela 8, o maior percentual notado foi entre os homens profissionais do sexo (38,9%), seguidos das travestis (28,1%). Ao se excluir o uso de álcool, as proporções de uso de pelo menos duas substâncias psicoativas por população-chave caíram substancialmente. Constatou-se que as pessoas transexuais tiveram a maior proporção de uso verificado (6,4%) e, em sequência, os homens profissionais do sexo (6,0%).

Tabela 8. Proporção de uso de álcool e outras drogas por população-chave nos 30 dias anteriores à realização do teste

População-chave	Uso somente de álcool	Pelo menos uma substância psicoativa, exceto álcool	Pelo menos uma substância psicoativa	Pelo menos duas substâncias psicoativas	Pelo menos duas substâncias psicoativas, exceto álcool
Travestis	35,9	33,6	69,5	28,1	4,4
Pessoas transexuais	39,5	26,4	66,0	20,1	6,4
Gays e outros HSH	44,8	22,3	67,1	19,0	3,0
Homens profissionais do sexo	32,8	46,1	78,9	38,9	6,0
Mulheres profissionais do sexo	47,6	23,2	70,8	19,1	2,6
Outras populações	51,4	-	-	-	-

Fonte: DIAHV/SVS/MS

É importante enfatizar que o uso de drogas e o trabalho sexual foram comportamentos observados em todas as populações-chave, o que aponta para a necessidade de analisar esses dois fatores como comportamentos transversais a todas as populações acessadas pelos projetos.

As fichas de cadastro também registraram informações sobre o relato de alguma IST nos últimos 12 meses pelas pessoas acessadas. Segundo os dados apresentados na Tabela 9, as travestis e os homens profissionais do sexo apresentaram as maiores proporções de IST nos 12 meses anteriores à testagem – 15,3% e 13,4%, respectivamente. As menores porcentagens foram observadas entre gays e outros HSH (7,1%) e entre as outras populações (5,5%). Essa alta proporção de pessoas que afirmaram ter tido alguma IST nos meses anteriores levou algumas ONG a demandarem capacitação sobre o tema da prevenção das IST e, quando possível, a realizarem alguns encaminhamentos para os serviços especializados.

Tabela 9. Número e proporção de indivíduos testados que declararam ter ou ter tido alguma IST nos 12 meses que antecederam a testagem

População-chave	N	%
Travestis	170	15,3
Pessoas transexuais	63	13,0
Gays e outros HSH	379	7,1
Homens profissionais do sexo	138	13,4
PUD	416	10,0
Mulheres profissionais do sexo	434	7,9
Outras populações	640	5,5
Total	2.240	7,5

Fonte: DIAHV/SVS/MS





O “Seminário de Avaliação Viva Melhor Sabendo” foi parte integrante do planejamento de avaliação da estratégia e teve como objetivo principal compartilhar experiências e expertises adquiridas no processo de execução dos subprojetos que integram a estratégia Viva Melhor Sabendo. Além disso, pretendeu analisar e avaliar o alinhamento da estratégia junto às instituições executoras e gestões envolvidas e verificar o alcance dos resultados esperados.

O evento ocorreu nos dias 7, 8 e 9 de abril de 2015, em Brasília, e teve a seguinte programação:

- Balanço geral da estratégia Viva Melhor Sabendo: objetivos e contexto da epidemia;
- Avaliação dos subprojetos e resultados alcançados: apresentação dos dados sistematizados das visitas de monitoramento, relatórios das ONG participantes e dados do SIMAV-pro;
- Trabalho em grupo conduzido por questões norteadoras; e
- Apresentação sistematizada dos trabalhos de grupos, acompanhado de debate em plenária com ênfase nas recomendações para melhoria do projeto em sua continuidade.

Os grupos foram divididos por região e incluíram representantes das organizações da sociedade civil, representantes das gerências de programas estaduais e municipais de IST/aids e representantes das áreas técnicas do DIAHV, como facilitadores das discussões. Os aspectos abordados em todos os grupos foram: 1) formação da equipe; 2) articulação com a gestão; 3) realização da

IV

APRESENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DAS ONG E DAS COORDENAÇÕES ESTADUAIS E MUNICIPAIS CONSOLIDADAS NO SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO VIVA MELHOR SABENDO

testagem em lugares públicos; 4) acompanhamento dos casos reagentes; e 5) financiamento. Abaixo, algumas das principais sugestões que resultaram desses grupos.

1. Formação da equipe

As equipes contaram com, no mínimo, quatro ou cinco pessoas, com atribuições/responsabilidades diferentes ou não, a depender do entendimento de cada equipe. Por exemplo, algumas instituições destinaram educadores à tarefa exclusiva de entregar resultados e acompanhar as pessoas com resultado reagente até os serviços de referência; outras contaram com educadores que realizaram todo o processo com a pessoa testada. Não houve valoração sobre se uma formação de equipe foi mais efetiva do que outra, pelo reconhecimento de que existem dinâmicas próprias das realidades locais.

Em relação às capacitações oferecidas, relatou-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre: aconselhamento e abordagem de prevenção na perspectiva de gerenciamento de riscos; estratégias e estabelecimento de vínculo; leitura dos resultados inconclusivos; prestação de contas; e uso do SIMAV-pro e geração de relatórios a partir das informações coletadas. Também se sugeriu que os programas estaduais e municipais participem das capacitações oferecidas e que, de preferência, protagonizem essas atividades e imprimam esforços para a institucionalização de programas de educação permanente para ONG.

Em alguns grupos surgiu, ainda, a necessidade de alinhar/harmonizar as orientações sobre conduta de campo, utilização dos insumos e do sistema.

2. Articulação com a gestão

Houve consenso sobre o fato de que é fundamental o apoio das gestões locais em todo o processo e de que isso deve ser valorizado, ampliado e qualificado, de forma sistêmica e permanente. Nesse sentido, surgiram algumas recomendações:

- Definir uma pessoa de referência na instância da gestão (programas municipais e/ou estaduais de IST/Aids) que acompanhe as ações dos projetos VMS;
- Aprimorar a articulação com a rede de serviços de referência e implementar estratégias para os casos reagentes com dificuldade de vinculação;
- Implicar a rede local para aporte técnico à ação de campo (exemplo: suporte no aconselhamento ou em situações imprevistas, citadas acima);
- Fortalecer o diálogo e a participação articulada do começo ao fim do processo (planejamento, monitoramento e avaliação) entre as esferas federal, estadual e municipal e a sociedade civil;
- Alinhar a relevância, o foco e o entendimento sobre os dados a serem coletados em campo e disponibilizar as informações às gestões locais (banco de dados).
- Incluir documento (relatório/formulário/ofício) a ser preenchido por coordenação estadual e/ou municipal ao final do processo e entregue junto com relatório técnico de avaliação da ONG, de forma a garantir um melhor acompanhamento

da gestão pública local e institucionalização da estratégia;

- Estabelecer acordo sobre o cumprimento das agendas de reuniões entre ONG e gestões locais para atendimento do cronograma e etapas estabelecidas.

3. Realização da testagem em lugares públicos

A testagem em espaços de sociabilidade é considerada um dos pontos de sucesso da estratégia: sem essa estratégia, o alcance das populações-chave, em horários e locais alternativos aos estabelecidos pelos serviços públicos, não seria efetivo. A fim de garantir a continuidade desse objetivo, sugeriu-se que o DIAHV emitisse uma nota oficial em reconhecimento às ações dos projetos, citando a inovação da estratégia e a condução do processo pelas ONG.

Sobre a divulgação, foi proposta a elaboração de materiais informativos e educativos, direcionados especificamente a cada população-chave da estratégia.

Quanto à execução do teste em espaços públicos, considerou-se a opção de sempre buscar locais próximos às áreas de sociabilidade ou de trabalho da população em questão, convidando as pessoas a fazerem o teste neste local (e não no local da abordagem em si). Espera-se que esse outro local permita privacidade para a conversa com cada pessoa (ficha e resultado). Foi sugerida a aquisição de tendas e biombos para maior privacidade da pessoa que está recebendo o resultado.

Houve críticas acerca da clareza na orientação do descarte dos materiais (lixo) e da logística e destinação dos testes excedentes (não utilizados).

4. Acompanhamento dos casos reagentes

O acompanhamento dos casos reagentes foi considerado um desafio por todas as equipes envolvidas. Sobre esse assunto, foram feitas as seguintes recomendações:

- Incluir no projeto a responsabilidade de vinculação dos casos reagentes aos serviços de referência para confirmação diagnóstica e tratamento, com a previsão de insumos e recursos necessários;
- Definir um protocolo de acompanhamento dos casos reagentes;
- Discutir sobre a possibilidade/viabilidade de realização de teste confirmatório na ONG;
- Implementar estratégias de agilidade de encaminhamento/vinculação dos casos reagentes para os serviços;
- Aprimorar a ação conjunta entre ONG, gestão local e serviços de referência nas estratégias de adesão ao tratamento dos casos positivos;
- Estabelecer uma pessoa de referência nos serviços, definindo um fluxo de retorno de informações à ONG sobre os casos encaminhados e vinculados aos serviços de referência para tratamento.

- Fortalecer parcerias com outros equipamentos sociais (CREAS, CRAS, Centro POP, Consultório na Rua e de rua).

5. Financiamento

Foram apontadas diversas necessidades quanto ao financiamento dos projetos:

- Revisão do valor dos projetos, considerado insuficiente para incorporar sugestões de aprimoramento;
- Maior agilidade por parte do Ministério da Saúde no retorno da prestação de contas;
- Aporte financeiro para pagamento de transporte nas saídas de campo noturnas, nos locais em que não haja disponibilidade de transporte público;
- Trabalho com parâmetros legais de remuneração de pessoal (CLT) – respeitar a base que é o salário mínimo e questões previdenciárias;
- Recursos para pagar apoio técnico nas áreas contábil e jurídica;
- Recursos para cobrir despesas com correios.

Observações gerais para além dos eixos destacados:

- O objetivo dos projetos foi atingido e, além do acesso ampliado e testagem oportuna das populações-chave, o desenvolvimento da ação trouxe outros benefícios, como por exemplo: a desmistificação da realização da testagem do HIV por pessoas que não são profissionais de saúde; a aproximação com a gestão local; e a possibilidade de promover saúde integral e de constituir novas parcerias;
- O SIMAV-pro – Sistema de Monitoramento e Avaliação – contribuiu muito para a organização das informações e monitoramento, devendo ser considerado como o principal recurso para a visibilidade dos resultados de toda a ação. Foi observada a necessidade de revisão na plataforma e software para melhorar o seu funcionamento;
- É preciso maior articulação do DIAHV com as coordenações locais em todo o processo – do planeamento ao monitoramento;
- Nos Editais, aprimorar as orientações acerca das cartas de recomendação.



V LIÇÕES APRENDIDAS E DESAFIOS

Foi consenso entre todas as pessoas envolvidas no desenvolvimento do Viva Melhor Sabendo o sucesso alcançado nos objetivos que a estratégia se propôs: a aceitação das populações-chave superou todas as expectativas, tendo sido relatada pela totalidade das ONG participantes; as equipes das ONG se mostraram aptas e eficientes na execução das atividades previstas; a realização da testagem nos espaços de sociabilidade se revelou possível, apesar de adversidades decorrentes do uso de espaços abertos; e o uso do teste rápido por amostra de fluido oral foi considerado o insumo ideal para a estratégia.

Uma importante consideração é que, para garantir o acesso das pessoas com teste reagente aos serviços de referência para conclusão do diagnóstico e início do tratamento, o objetivo indireto dessa estratégia – a articulação com as gestões locais – foi essencial. Nos territórios em que houve envolvimento participativo de trabalhadores(as) do setor de saúde nos projetos, foi possível verificar maior possibilidade de acompanhamento dos casos reagentes. Essa consideração indica a necessidade de que as equipes envolvidas na gestão da estratégia incidam de forma mais efetiva nesse processo, mediando a comunicação entre ONG e coordenações estaduais e municipais de IST/aids até que essas articulações possam acontecer de forma mais autônoma.

O desenvolvimento de materiais instrucionais e de Oficinas de Capacitação apresentou-se como muito útil para o processo de treinamento e desenvolvimento das equipes. Porém, revelou-se a necessidade de que esse processo educativo seja mais contínuo, para além do processo de monitoramento das ONG. Uma importante recomendação sobre esse ponto é a de que haja uma capacitação de meio termo, tendo em vista a necessidade de visitar conteúdos e capacitar integrantes novos das equipes, sobretudo nos conteúdos de prevenção e adesão ao tratamento.

Um importante ganho proveniente da estratégia foi a análise de dados possibilitada pelo desenvolvimento do SIMAV-pro. Ainda que não sejam dados passíveis de generalização, eles retratam uma situação local acerca das populações-chave. Os dados de travestis, pessoas transexuais e homens profissionais do sexo, por exemplo, trouxeram informações inéditas no âmbito dos projetos desenvolvidos pelo DIAHV.

Por fim, considerando os indicativos de que as ações realizadas pelas ONG foram relevantes e cumpriram com os propósitos essenciais, não só da estratégia VMS, mas da política nacional, recomenda-se que a ampliação da testagem para populações-chave com projetos de base comunitária possa ser integrada na rotina dos serviços de saúde. Recomenda-se também a promoção de articulação local com outras áreas programáticas afeitas às populações-chave, como por exemplo, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), os Consultórios na Rua e serviços de assistência social.

ANEXO A - Instituições que firmaram parceria com o DIAHV para o desenvolvimento do projeto demonstrativo

1. ABV - Associação de Bem com a Vida de Boa Vista – Boa Vista/RR;
2. ACARD – Associação Capixaba de Redução de Danos – Vitória/ES;
3. ACEPEUB – Associação e Centro de Estudos e Pesquisa da Unidade Brasileira – Ubarana/SP;
4. ADEDH – Associação em Defesa dos Direitos Humanos com Enfoque em Sexualidade – Florianópolis/SC;
5. APPS – Associação Pernambucana das Profissionais do Sexo – Recife/PE;
6. Religiosas Adoradoras, escravas do Santíssimo Sacramento e da Caridade no Brasil – São Luís/MA;
7. APROSPB – Associação das Prostitutas da Paraíba – João Pessoa/PB;
8. APROSPI – Associação das Prostitutas do Piauí – Teresina/PI;
9. IVES – Instituto Vida e Esperança – Natal/RN;
10. Associação Águia Morena de Redução de Danos – Campo Grande/MS;
11. ALESSA – Associação de Livre Escolha Sexual de Ananindeua –Ananindeua/PA;
12. AMAR – Associação de Mulheres do Acre Revolucionária –Rio Branco/AC;
13. GOLD – Associação Grupo Orgulho, Liberdade e Dignidade – Colatina/ES;
14. SHAMA – Associação Homossexual de Ajuda Mútua – Uberlândia/MG;
15. ASTRA – Associação Sergipana de Transgêneros – Aracaju/SE;
16. ATMS – Associação das Travestis e Transexuais do MS – Campo Grande/MS;
17. ATRAPI – Associação de Travestis do Piauí – Teresina/PI;
18. Centro de Convivência É de Lei – São Paulo/SP;
19. CORDEL VIDA – Centro de Orientação e Desenvolvimento de Luta pela Vida – João Pessoa/PB;
20. CIPMAC – Centro Informativo de Prevenção, Mobilização e Aconselhamento aos Profissionais do Sexo – Campina Grande/PB;
21. Elos – Grupo LGBT do Distrito Federal – Brasília/DF;
22. Fórum de Transexuais do Estado de Goiás – Goiânia/GO;
23. GAAC – Grupo Anti-Aids de Camaçari – Camaçari/BA;
24. Instituto Transformar – Belém/PA;
25. GRAB – Grupo Resistência Asa Branca – Fortaleza/CE;
26. Gapa/BS – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids –Santos/SP;

27. Gapa/SP – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids – São Paulo/SP;
28. Grupo Esperança – Curitiba/PR;
29. Grupo Liberdade – Curitiba/PR;
30. Grupo Pela Vida de Niterói – Niterói/RJ;
31. ISO – Indústria da Solidariedade – Imbituba/SC;
32. IBCM – Instituição Beneficente Conceição Macedo – Salvador/BA;
33. Núcleo Londrinense de Redução de Danos – Londrina/PR;
34. Transgrupo Marcela Prado – Curitiba/PR.

Fonte: DIAHV/SVS/MS

ANEXO B - Instituições que firmaram parceria com o DIAHV, selecionadas no Edital de 2014

1. Associação Beneficente Madre Maria Villac – Juazeiro do Norte/CE;
2. ATMS – Associação das Travestis e Transexuais de Mato Grosso do Sul – Campo Grande/MS;
3. ABV – Associação de Bem com a Vida – Boa Vista/RR;
4. AREDACRE – Associação de Redução de Danos do Acre – Rio Branco/AC;
5. ATNH – Associação de Transgêneros de Novo Hamburgo – Novo Hamburgo/RS;
6. CAC – Centro de Apoio ao Cidadão – Serra/ES;
7. CASVI – Centro de Apoio e Solidariedade à Vida – São Paulo/SP;
8. Construindo Igualdade de Caxias do Sul – Caxias do Sul/RS;
9. Fórum de Transexuais do Estado de Goiás – Goiânia/GO;
10. Grupo de Ação e Prevenção às Pessoas com HIV/Aids – Ponta Porã/MS;
11. GTP+ – Grupo de Trabalhos em Prevenção Positivo – Recife/PE;
12. GEE – Grupo Eles por Eles de Goiás – Goiânia/GO;
13. Grupo Pela Vidda de Goiânia – Goiânia/GO;
14. Grupo Pela Vidda do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ;
15. Grupo Rede Solidária – Curitiba/PR;
16. Grupo Vale a Vida – Pelotas/RS;
17. Instituto Arco Íris – Florianópolis/SC;
18. Palco Comparasaria Primeira de Talentos – Brasília/DF;
19. REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos – São Paulo/SP.

Fonte: DIAHV/SVS/MS



REFERÊNCIAS

[1] BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Relatório de Monitoramento Clínico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

[2] BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.