

Aristides Barbosa Junior<sup>1</sup>

Ana Roberta Pati Pascom<sup>1</sup>

Célia Landmann Szwarcwald<sup>II</sup>

Carmen de Barros Correia  
Dhalia<sup>1</sup>

Leandro Monteiro<sup>1</sup>

Mariângela Batista Galvão  
Simão<sup>1</sup>

# Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil

## Proposed UNGASS indicators and the monitoring of the AIDS epidemic in Brazil

---

### Resumo

O objetivo do estudo foi analisar o processo de monitoramento de indicadores centrais propostos pela UNGASS, em nível nacional, vis-à-vis aos indicadores do Programa Nacional de DST e Aids. Foram avaliados os dois conjuntos de indicadores propostos, respectivamente, em 2002 e 2005, para o monitoramento de progresso da Declaração de Compromisso da UNGASS. Foram analisadas a disponibilidade de informações e as limitações para o cálculo dos indicadores propostos no Brasil, incluindo discussão sobre a adequação dos indicadores propostos para o monitoramento da epidemia brasileira. Dos 13 indicadores quantitativos inicialmente propostos pela UNGASS, cinco não estão incluídos no sistema de monitoramento do Programa Nacional. Um deles não foi incluído por ser um indicador qualitativo. Dois dos indicadores foram considerados de pouca utilidade e dois não foram contemplados pela falta de dados disponíveis para o seu cálculo. Como o Brasil é caracterizado por ter uma epidemia concentrada, no segundo conjunto de indicadores propostos pela UNGASS, prioriza-se o acompanhamento da epidemia entre as populações sob maior risco. Destacou-se que o Programa Nacional centra seus esforços no desenvolvimento, adaptação e transferência de metodologias de amostragem em populações de difícil acesso. Tais ações são voltadas para a estimação do tamanho dos grupos vulneráveis, bem como para obter mais informações sobre seu comportamento, atitudes e práticas. Concluiu-se que, pela possibilidade de comparações internacionais dos avanços conseguidos, a proposição de indicadores supranacionais estimula os países a discutir e viabilizar sua construção. De maneira complementar, os sistemas nacionais de monitoramento devem ser focados na melhoria do programa, cobrindo áreas que permitam avaliar as ações de controle e intervenções específicas.

**DESCRIPTORIOS:** HIV. Síndrome de imunodeficiência adquirida. Brasil. Avaliação de programas. Programas nacionais de saúde. Avaliação de resultados (cuidados de saúde). Monitoramento do estado de saúde. Monitoramento de informação epidemiológica. Indicadores de serviços. Indicadores de saúde.

---

### ABSTRACT

The objective of this study was to analyze, on the national level, the process of monitoring the proposed UNGASS indicators through the use of the Brazilian National Program for STD/AIDS indicators. Two groups of proposed indicators were analyzed in 2002 and 2005 respectively, as part of the monitoring of the progress of the UNGASS Declaration of Commitment. The availability of information and limitations

<sup>1</sup> Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

<sup>II</sup> Departamento de Informação em Saúde. Centro de Informação Científica e Tecnológica. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**  
Aristides Barbosa Junior  
SEP 511 - Bloco C - 1º andar  
70750-543 Brasília, DF, Brasil  
E-mail: aristides@aids.gov.br

in calculating the proposed indicators in Brazil were analyzed and the appropriateness of the indicators for monitoring the epidemic in Brazil was discussed. Of the 13 quantitative indicators originally proposed by UNGASS, five were not included in the National Program. One was not included due to its qualitative nature. Two of the indicators were considered to be of little use and two were not included due to the lack of available data needed for their calculation. As the epidemic in Brazil is characterized as being concentrated, within the second group of proposed UNGASS indicators those that refer to the accompaniment of epidemic among high-risk population groups were prioritized. The study highlights that the National Program concentrates its efforts in the development, adaptation, and sharing of sampling methodologies for hard to reach populations. Such activities are geared towards estimating the size of vulnerable population groups, as well as obtaining more information regarding their knowledge, attitudes, and practices. The study concludes that by creating the possibility of international comparisons between advances achieved, the proposal of supranational indicators stimulates countries to discuss and make their construction viable. In a complementary way, the national monitoring systems should focus on program improvement by covering areas that permit the evaluation of specific control and intervention actions.

**KEYWORDS:** HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Brazil. Program evaluation. National health programs. Outcome assessment (health care). Health status monitoring. Monitoring of epidemiological information. Indicators of health services. Health status indicators.

## INTRODUÇÃO

O monitoramento e a avaliação de programas de saúde vêm ganhando importância crescente entre os gestores e administradores do setor saúde. Essas atividades constituem etapa essencial para o planejamento das ações voltadas para a garantia da qualidade da atenção à saúde.<sup>5</sup>

O monitoramento e a avaliação voltados para a gestão têm por objetivo a produção e a utilização do conhecimento visando à melhoria dos programas avaliados, integrando atividades puramente analíticas às de gestão.<sup>3</sup> O enfoque principal é o de caracterizar uma condição utilizando-se de medidas que possam ser quantificadas e replicadas. A metodologia quantitativa é predominante, embora possam ser usados instrumentos com abordagem qualitativa passíveis de padronização.<sup>6</sup>

Portanto, a avaliação de programas de saúde requer a seleção de características ou atributos relevantes para viabilizar a abordagem do problema do ponto de vista metodológico.<sup>13</sup> Nesse processo, constituem etapas importantes a definição e construção de indicadores que possibilitem o monitoramento das ações programáticas e subsidiem a tomada de decisões. O objetivo da avaliação é a proposição de critérios ou normas a serem estabelecidos na utilização desses in-

dicadores para o monitoramento do objeto avaliado.<sup>1</sup>

Quando os indicadores são bem formulados, fazendo parte de um plano de monitoramento e avaliação, e interpretados levando em consideração os contextos externo e organizacional vigentes, podem contribuir, relevantemente, para o estabelecimento da eficiência e para a efetividade do Programa. A eficiência consiste na capacidade do programa em alcançar os resultados propostos com o mínimo de recursos, e a efetividade, na capacidade do programa em alcançar os resultados esperados.<sup>7,\*</sup>

Em junho de 2001, 189 países, incluindo o Brasil, assinaram a Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids, acordada durante a 26ª Sessão Extraordinária da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS). Essa declaração reflete o consenso global visando à desaceleração da epidemia de HIV/Aids até 2015.<sup>12</sup> Para o monitoramento de progresso da Declaração de Compromisso, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (UNAIDS) propôs um conjunto de indicadores em nível nacional e supranacional que devem ser preenchidos, periodicamente, pelos países signatários dessa declaração.

O objetivo do presente trabalho foi descrever o processo de monitoramento de indicadores centrais propostos pela UNGASS em nível nacional, relacionando-os aos

\*Barbosa-Junior A. Conhecimento, práticas e comportamentos de vulnerabilidade relacionados à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis na população brasileira [anteprojeto de tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004. Dados inéditos.

**Tabela 1** - Indicadores de monitoramento do Programa Brasileiro de DST e Aids (MONITORAIDS). Brasil, 2004.

| Área                        | Subáreas   |
|-----------------------------|--|
| 1) Indicadores contextuais  | Características sociodemográficas<br>Indicadores do Sistema Único de Saúde   |
| 2) Relacionados ao programa | Recursos despendidos<br>Apoio social<br>Disponibilidade de preservativos e atividades de prevenção<br>Conhecimento<br>Comportamento sexual<br>Populações vulneráveis ao HIV<br>Testagem de HIV<br>Transmissão materno-infantil do HIV<br>Prevenção e controle de DST<br>Assistência a Aids<br>Vigilância de Aids<br>Pesquisa<br>Controle e segurança do sangue |
| 3) Indicadores de impacto   | Estigma e discriminação<br>Morbidade<br>Mortalidade  |

DST: doenças sexualmente transmissíveis

indicadores do Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/Aids).

### SISTEMA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS: MONITORAIDS

O processo de revitalização das atividades de monitoramento e avaliação do Programa Nacional foi incentivado, especialmente, pelo terceiro acordo de empréstimo (AIDS III) entre o Brasil e o Banco Mundial. Durante esse processo, entendeu-se que uma estratégia fundamental seria o desenvolvimento de um conjunto de indicadores para o monitoramento da epidemia e da resposta brasileira ao HIV/Aids.

Nesse contexto, o Programa Nacional desenvolveu o Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids (MONITORAIDS). O Sistema foi desenvolvido em iniciativa conjunta com o Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica (DIS/CICT) da Fundação Oswaldo Cruz e dos *Centers for Disease Control and Prevention, Global AIDS Program Brazil* (CDC/GAP-Brazil). Esse sistema cumpre o compromisso do Programa Nacional de fornecer aos parceiros e à sociedade como um todo, informações úteis que possibilitem acompanhar a resposta brasileira para o controle da Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). O MONITORAIDS é um sistema de informação disponível no site do PN-DST/Aids, em português, inglês e espanhol.\*

A elaboração do conjunto de indicadores do MONITORAIDS obedeceu aos seguintes princípios: ser de relevância para monitorar a epidemia do HIV/

Aids e outras DST; ser útil na avaliação das ações programáticas do Programa Nacional; e sugerir aspectos a serem avaliados no futuro.

Os fatores sociais constituem elementos fundamentais na determinação dos padrões de morbi-mortalidade populacionais. Além disso, a diferenciação por nível socioeconômico também existe em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde no Brasil. Tendo em vista esses aspectos, fez-se necessário considerar a questão da equidade como um dos princípios centrais desse sistema de monitoramento.

Sob a ótica do monitoramento e avaliação, o sistema é o componente estrutural mais importante do Plano Nacional de Avaliação (PNA). Ele agrega informações não só dos componentes técnicos do programa, mas também da dimensão de integralidade e equidade coerente aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A análise desses indicadores constitui-se estratégia indispensável à adequação e melhoria do próprio programa.

Atualmente, são apresentados 95 indicadores no MONITORAIDS. Dependendo da disponibilidade das informações, os indicadores são desagregados por: Grande Região, Unidades da Federação, idade, sexo e alguma variável que caracterize o nível socioeconômico, possibilitando a análise dessas desigualdades. Para cada indicador, há a correspondente ficha do indicador, destinada a orientar nos seguintes aspectos: definição/interpretação; proposição; classificação segundo as categorias do monitoramento; classificação segundo as categorias do PNA; método de cálculo; fontes de dados; possibilidade de analisar a dimensão da equidade; limitações; periodicidade; e data de atualização.

\*Ministério da Saúde. Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST/Aids. Disponível em <http://www.aids.gov.br/monitoraids> [acesso em 4 abr 2006]

**Tabela 2** - Indicadores centrais das Nações Unidas (UNGASS, versão 2002).

| Categoria                                | Indicadores   |
|--|---|
| 1) Compromisso e ação nacional           | Índice composto de políticas nacionais  |
| 2) Comportamento e conhecimento nacional | Gastos anuais do governo com Aids   |
|  | Proporção de escolas com professores treinados em HIV/Aids e que lecionaram o último ano acadêmico  |
|  | Proporção de grandes empresas com políticas de HIV/Aids no local de trabalho  |
|  | Proporção de pacientes de DST em clínicas de saúde apropriadamente diagnosticados, tratados e aconselhados  |
|  | Proporção de gestantes que recebem profilaxia anti-retroviral para reduzir o risco da transmissão vertical do HIV   |
|  | Proporção de pessoas com infecção avançada pelo HIV recebendo terapia anti-retroviral   |
|  | Proporção de usuários de drogas injetáveis que adotaram comportamentos que reduzem o risco da transmissão do HIV  |
|  | Proporção de jovens entre 15 e 24 anos que corretamente identificam formas de se prevenir da transmissão sexual do HIV e que rejeitam os principais conceitos errôneos sobre a transmissão do HIV |
|  | Proporção de jovens entre 15 e 24 anos que relatam uso de preservativo durante relação sexual com parceiro não regular  |
|  | Razão de frequência escolar atual entre órfãos e não-órfãos de 10 a 14 anos   |
| 3) Impacto nacional                      | Proporção de jovens entre 15 e 24 anos que estão infectados pelo HIV  |
|  | Proporção de crianças infectadas pelo HIV nascidas de mães infectadas   |

DST: doenças sexualmente transmissíveis

Em relação ao monitoramento, os indicadores são categorizados em três dimensões: 1) indicadores contextuais; 2) indicadores relacionados ao programa; 3) indicadores de impacto (Tabela 1). A primeira dimensão é estabelecida pelo contexto em que a epidemia de Aids ocorre no País, representada por características demográficas e socioeconômicas da população, bem como por indicadores do sistema nacional de saúde. A segunda é dividida em 14 subáreas relacionadas ao PN-DST/Aids, estabelecidas pela vulnerabilidade individual, pelas estratégias de prevenção, pela assistência prestada, pela vigilância de Aids, e pela prevenção e controle das DST. A terceira dimensão permite analisar o impacto das ações desenvolvidas para o controle da morbi-mortalidade da Aids e das demais DST.

Os indicadores classificados sob a lógica do monitoramento podem ser ainda categorizados de acordo com a instituição proponente, como o Banco Mundial e a UNGASS, instituições com as quais o PN-DST/Aids firmou compromisso de monitorar indicadores.

Do ponto de vista da avaliação, os indicadores são classificados segundo a lógica do PNA.\* Dentro dessa lógica, os indicadores são classificados, primeiramente, de acordo com as dimensões da avaliação, a saber: contexto externo; contexto organizacional; implementação; desempenho; e impacto. Nessa classificação, os indicadores são reunidos em *clusters* de implementação (acesso e qualidade) e de desempenho (efetividade e satisfação do usuário). Na análise, eles ainda são classificados segundo os componentes técnicos do programa, ou seja, a vigilância epide-

miológica, a assistência e a prevenção. Além desses, considera-se o componente inovador, reservado para acomodar aspectos inesperados da realidade operacional do programa.

## INDICADORES PROPOSTOS PELA UNGASS

Para estabelecer o progresso da implementação da Declaração de Compromisso da UNGASS, foi desenvolvido um grupo de indicadores em 2002. Inicialmente, eles foram agrupados em três categorias: 1) compromisso e ação nacional, focalizando os insumos políticos, estratégicos e financeiros para a prevenção da infecção pelo HIV; 2) comportamento e conhecimento nacional, com indicadores relacionados aos produtos, resultados e a cobertura dos programas; e 3) impacto nacional, com vistas a expressar o sucesso de cada programa na redução das taxas de infecção do HIV.<sup>11</sup> A Tabela 2 mostra a lista dos indicadores centrais da UNGASS.

Desses 13 indicadores inicialmente propostos pela UNGASS, cinco não estão incluídos no MONITORAIDS:

- “Índice composto de políticas nacionais” – Por ser um indicador qualitativo, sendo composto por uma série de perguntas relacionadas à política nacional de controle das DST e da Aids.
- “Proporção de grandes empresas que têm políticas de HIV/Aids no local de trabalho” – Para o cálculo desse indicador, seriam consideradas as empresas que desenvolvem um conjunto de atividades, entre elas, a distribuição de anti-retrovirais (ARV) e a disponibilização de testagem anônima no local de trabalho. No Brasil, o monitoramento

\*Santos EM, Barbosa-Junior A, Pascom ARP, Dhália CBC, Monteiro L. Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação do Programa Nacional de DST e Aids. Disponível em [http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BB5D12E55-1000-40D9-B3F2-E73D4DE872B8%7D/PNMeA\\_site.pdf](http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BB5D12E55-1000-40D9-B3F2-E73D4DE872B8%7D/PNMeA_site.pdf) [acesso em 22 fev 2006]

**Tabela 3** - Estimativas anuais dos indicadores propostos pela UNGASS constantes do MONITORAIDS. Brasil, 2002, 2004, 2005.

| Indicador   | Ano  | Estimativa        |
|---|------|-------------------|
| Gastos anuais do governo com Aids   | 2002 | US\$273,9 milhões |
| Proporção de escolas com professores treinados em HIV/Aids e que lecionaram o último ano acadêmico  | 2005 | 25,8%             |
| Proporção de gestantes que recebem profilaxia anti-retroviral para reduzir o risco da transmissão vertical do HIV   | 2004 | 57,6%             |
| Proporção de jovens entre 15 e 24 anos que corretamente identificam formas de se prevenir da transmissão sexual do HIV e que rejeitam os principais conceitos errôneos sobre a transmissão do HIV | 2004 | 58,4%             |
| Proporção de jovens entre 15 e 24 anos que relatam uso de preservativo durante relação sexual com parceiro não regular  | 2004 | 74,1%             |
| Proporção de crianças infectadas pelo HIV nascidas de mães infectadas   | 2004 | 8,5%              |

deste indicador não faz sentido, já que o tratamento ARV é fornecido pelo sistema público de saúde. Além disso, não é política do governo brasileiro estimular a testagem no local de trabalho.

- “Proporção de pacientes de DST em clínicas de saúde apropriadamente diagnosticados, tratados e aconselhados” – Isso porque o atendimento a pacientes com DST é descentralizado e ocorre, principalmente, nas unidades básicas de saúde. Adicionalmente, existem dificuldades técnicas e operacionais para a construção do indicador, no que se refere à estimação do número total de pacientes de DST e do número de pacientes de DST apropriadamente diagnosticados, tratados e aconselhados.
- “Razão de frequência escolar atual entre órfãos e não-órfãos de 10 a 14 anos” – Este índice não foi priorizado. O principal motivo se deve ao fato de que a epidemia de HIV, no Brasil, é concentrada, apresentando taxa de prevalência do HIV em mulheres em idade fértil estimada em 0,41%<sup>10</sup> e taxa de mortalidade de 5,8 óbitos por Aids por 100 mil mulheres entre 15 a 49 anos. Para a sua construção seria necessário um inquérito domiciliar de base populacional com amostra muito grande, acarretando em gasto excessivamente alto para a pouca utilidade desse indicador para o monitoramento da epidemia brasileira.
- “Proporção de pessoas com infecção avançada pelo HIV recebendo terapia ARV” – Este é um indicador de relevância. Porém, não foi incluído porque de acordo com os parâmetros da UNGASS, 15% das pessoas infectadas pelo HIV estariam em infecção avançada. Tendo em vista que se estima que 600 mil pessoas estão infectadas pelo HIV no Brasil<sup>10</sup> e, dessas, 166.500 recebem terapia ARV, o percentual brasileiro seria superior a 100%. Todavia, é preciso destacar que seria importante quantificar a proporção de pacientes que têm necessidade de tratamento no Brasil, mas não estão em terapia ARV, como os assintomáticos que nunca se testaram para a infecção pelo HIV.

Alguns indicadores propostos pela UNGASS são de relevância para o monitoramento da epidemia de Aids

no Brasil, mas não estão contemplados no MONITORAIDS pela falta de dados disponíveis para o seu cálculo. Um exemplo é a “proporção de usuários de drogas injetáveis que adotaram comportamentos que reduzem o risco da transmissão do HIV”. Essa indisponibilidade é resultante da dificuldade em conduzir estudos em populações de difícil acesso, como os usuários de drogas injetáveis (UDI). Como um indicador de mudança de comportamento de risco, está disponível o “percentual de UDI que não compartilham seringas”, porém é proveniente de estudo específico, não representativo para a totalidade do Brasil.

Por sua vez, o indicador “proporção de jovens entre 15 e 24 anos que estão infectados pelo HIV” foi substituído no MONITORAIDS por dois semelhantes – a “proporção de indivíduos de 15 a 49 anos infectados pelo HIV” e a “proporção de jovens masculinos entre 17 e 21 anos infectados pelo HIV”. Esses dois foram construídos a partir de estudos realizados por processo de amostragem e representativos do País. Para a construção do indicador proposto pela UNGASS seria necessário um aumento significativo na amostra dos estudos de soroprevalência.

As estimativas mais recentes dos seis indicadores comuns a ambos os sistemas de monitoramento estão apresentadas na Tabela 3.

Os indicadores propostos pela UNGASS, em 2002, eram mais relevantes para epidemias generalizadas e de utilidade restrita aos países com epidemias concentradas. Para contornar esse problema, em julho de 2005, foi disponibilizada uma nova versão de indicadores, resultado de uma revisão ao elenco de indicadores propostos anteriormente.<sup>12</sup> Nessa nova versão, dois conjuntos distintos de indicadores foram propostos de acordo com o tipo de epidemia do País: concentrada ou generalizada. No caso do Brasil, caracterizado por ter uma epidemia concentrada, os indicadores visam ao acompanhamento das populações sob maior risco. As populações sob maior risco são determinadas pelos próprios países, levando em consideração as características de suas epidemias. Esses indicadores estão dispostos na Tabela 4.

**Tabela 4** - Indicadores centrais da UNGASS (2005) para países com epidemia concentrada.

| Categoria                       | Indicadores  |
|---------------------------------|--|
| 1) Compromisso e ação nacional  | Gastos anuais do governo com Aids<br>Proporção das populações sob maior risco que foram testadas para o HIV nos últimos 12 meses e que conhecem o resultados<br>Proporção das populações sob maior risco cobertas por programas de prevenção   |
| 2) Comportamento e conhecimento | Proporção das populações sob maior risco que corretamente identificam formas de se prevenir da transmissão sexual do HIV e que rejeitam os principais conceitos errôneos sobre a transmissão do HIV<br>Percentual de homens e mulheres trabalhadores do sexo que relatam uso de preservativo com seu cliente mais recente<br>Proporção de homens que relatam uso de preservativo na última relação anal com parceiro masculino<br>Proporção de UDI que adotaram comportamentos que reduzem a transmissão do HIV, isto é, que relata o uso de preservativo e evita o uso de seringa não esterilizada, no último mês |
| 3) Impacto                      | Percentual da população sob maior risco que são infectados pelo HIV  |

UDI: Usuários de drogas injetáveis

O Programa Nacional reconhece que esses novos indicadores são relevantes para o monitoramento da epidemia no País. Entretanto, sua construção depende da realização de uma série de estudos com as populações vulneráveis de importância para a epidemia no Brasil.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iniciativa de construção de um sistema supranacional de monitoramento baseado em indicadores padronizados possibilita a comparação do desempenho dos vários programas nacionais de controle da epidemia de HIV/Aids.<sup>12</sup> Também, identifica regiões onde são necessários maiores esforços e investimentos para o controle da epidemia.

Entretanto, as comparações internacionais têm, por vezes, limitações importantes. Primeiro, porque os países encontram-se em diferentes estágios da epidemia. Além disso, existem enormes variações entre as nações, determinadas por contextos políticos, econômicos, sociais e culturais distintos, bem como por aspectos organizacionais dos sistemas nacionais de saúde.

Uma outra questão é que os indicadores propostos pela UNGASS, por si só, não têm abrangência suficiente para serem ferramentas de gestão e para auxiliar na tomada de decisão. Isso porque esses indicadores não atendem a todas as especificidades e prioridades dos países.<sup>4</sup> A título de exemplo, no Brasil, a cobertura de testagem para o HIV durante a gestação é um indicador que tem se mostrado altamente relevante para monitorar as atividades de prevenção.<sup>8</sup>

Uma restrição importante encontrada na primeira versão de indicadores da UNGASS foi que o conjunto de indicadores propostos era pouco importante para países com epidemias concentradas, ou difíceis de serem calculados. Como exemplo, a taxa de prevalên-

cia de HIV entre jovens de 15 a 24 anos, requerendo amostras excessivamente grandes e de alto custo, limitação que foi reconhecida pelo grupo coordenador do monitoramento UNGASS. Em julho de 2005, foi divulgada uma nova versão dos indicadores, considerando os tipos de epidemia de forma distinta (concentrada ou generalizada).

Essa nova versão mudou totalmente o foco do monitoramento proposto em países com epidemia concentrada. Se, por um lado, deu-se a relevância necessária aos indicadores relacionados aos subgrupos vulneráveis, se negligenciou, por outro, os relativos à população geral, além de gerar uma interrupção na série histórica.

Ainda, no caso dos países com epidemias concentradas, há sempre a possibilidade de a epidemia se tornar generalizada e, portanto, há necessidade do monitoramento de indicadores relacionados à população geral. No caso do Brasil, os dados epidemiológicos indicam que o nível socioeconômico tem se tornado, progressivamente, um fator de vulnerabilidade,<sup>2,9</sup> com a ocorrência de comportamentos de maior risco nos grupos mais pobres e regiões de menor desenvolvimento social.<sup>5</sup>

A despeito das limitações apontadas no presente estudo, a mudança de foco da UNGASS abriu um leque de indicadores, importantes para o monitoramento da dinâmica de disseminação da epidemia no País. No caso de países com epidemias concentradas, como o Brasil, o foco atual é em populações mais vulneráveis, possibilitando a participação em debate científico internacional sobre aspectos metodológicos para estudar esses grupos. Reconhece-se a importância de estimar o tamanho dos grupos vulneráveis e de obter mais informações sobre seu comportamento, atitudes e práticas. Porém, há dificuldades em produzir estimativas confiáveis sobre

esses grupos a partir de estudos de base populacional. Diante disso, neste momento, o Brasil centra seus esforços no desenvolvimento, adaptação e transferência de metodologias alternativas de amostragem em populações de difícil acesso.

Em suma, pela possibilidade de comparações internacionais dos avanços conseguidos, a proposição de indicadores supranacionais relevantes para o monitoramento da epidemia estimula os países a discutir e viabilizar sua construção. De maneira complementar,

os sistemas nacionais de monitoramento devem ser focados na melhoria do Programa, cobrindo áreas que são programaticamente importantes e que permitam uma visão mais abrangente das ações de controle e intervenções específicas. Independentemente dos esforços para desenhar sistemas de monitoramento adequados às realidades de cada país, as limitações impostas pela indisponibilidade dos dados e/ou pelos altos custos para sua obtenção, principalmente nos países em desenvolvimento, persistem como o grande desafio a ser enfrentado.

## REFERÊNCIAS

1. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB Qual Rev Bull.* 1986;12:99-108.
2. Fonseca MGP, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da Aids no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status socioeconômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(5):1351-63.
3. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cad Saúde Pública.* 1999;15:229-59.
4. Ministério da Saúde - PN-DST/AIDS (Brasil). Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa – Caderno do Professor. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e Aids; 2005.
5. Ministério da Saúde - PN-DST/AIDS (Brasil). Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira 2004. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e Aids; 2006.
6. Novaes HMD. Avaliação em Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(5):547-59.
7. Rugg DL, Heitgerd JL, Cotton DA, Broyles S, Freeman A, Lopez-Gomez AM et al. CDC HIV prevention indicators: monitoring and evaluating HIV prevention in the USA. *AIDS.* 2000;14:2003-13.
8. Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL, Barbosa-Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. Detecção da infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do Estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002. *Rev Saúde Pública.* 2004;38:764-72.
9. Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa-Jr A, Gomes MRO, Costa EAMM, Malleta BV et al. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais socioeconômicos. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(Supl 1):113-28.
10. Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Souza Júnior PR, Pascom ARP, Esteves MA. Situação da Aids no Brasil: uma análise dos indicadores de monitoramento. In: Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. MONITORAIDS - Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids versão 2.0. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Programa Nacional de Aids; 2004. p. 68-100.
11. UNAIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Constructions of Core Indicators. Geneva: UNAIDS; 2002.
12. UNAIDS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Constructions of Core Indicators. Geneva: UNAIDS; 2005.
13. Vieira-da-Silva LM. The field of evaluation and the "sur mesure" strategy. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(2):247-8.