



Epidemia de SIDA nos países lusófonos

Situação actual e perspectivas
futuras em direcção ao
acesso universal a prevenção,
tratamento e cuidados



CPLP | Comunidade dos Países de Língua Portuguesa



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
ILO
UNESCO
UNEP
UNFPA
UNODC
WFP
WHO
WORLD BANK

Epidemia de SIDA nos países lusófonos

Situação actual e perspectivas futuras em direcção ao acesso universal a prevenção, tratamento e cuidados

Este documento, ainda que de modo bastante sumário, contempla aspectos relativos a situação da epidemia pelo HIV em países lusófonos (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste); regista progressos observados durante os últimos anos, resultados acumulados desde o início da epidemia e sinaliza perspectivas em direcção ao futuro em função dos compromissos políticos internacionais ratificados pelos países-membros, com ênfase aqueles relacionados ao acesso universal a prevenção, cuidados e tratamento no campo da infecção pelo HIV.

Antecedentes

Em 2001, durante a Sessão Especial em HIV/SIDA da Assembleia Geral, por decisão dos estados-membros, estabeleceu-se um pacto político com vistas ao alcance das Metas de Desenvolvimento do Milénio em 2015 e durante o mesmo evento se estabeleceram metas globais quantificadas. A avaliação desses compromissos em 2005, demonstrou todavia progressos limitados e necessidade urgente de se buscar alternativas operacionais e estratégias apropriadas objectivando fortalecer as respostas nacionais. Ainda durante este processo verificou-se também extrema desigualdade quanto ao cumprimento dessas metas, situação esta que se soma a dificuldade de alguns países informarem seus avanços dada a ausência de dados básicos essenciais ou apesar da existência de dados primários, por dificuldades na agregação de dados e produção da informação.

Diante dessa realidade, uma vez mais os Estados Membros ratificaram seu compromisso de se avançar em direcção ao acesso universal e estabelecer mecanismos mais adequados de monitoramento e avaliação. Ratificou-se ainda o entendimento comum sobre o acesso universal, este compreendido como um esforço multisectorial com vistas a oferecer a toda população e principalmente aquela mais vulnerável, as condições necessárias e essenciais de acesso a informação adequada e cientificamente estabelecida, aos insumos de prevenção, notadamente o preservativo; acesso a aconselhamento e testagem; disponibilidade de tratamento anti-retroviral e para enfermidades oportunistas bem como cuidados essenciais ao paciente.

Este compromisso é notadamente relevante para os países membros da CPLP em virtude da prioridade política conferida ao controle da epidemia pelo HIV numa abordagem holística e integral e segundo marco proposto pela Assembleia Geral, onde as acções de prevenção, atenção e cuidados devem ser implementadas de modo integrado, simultâneo e em nível máximo de prioridade, necessariamente contemplando a participação da comunidade no processo, desde a formulação das políticas públicas e estratégias a serem estabelecidas.

SIDA no âmbito da CPLP

Em se analisando os países que compõe a CPLP como um todo, seguramente que se gera uma situação bastante peculiar pelo menos do ponto de vista da análise epidemiológica, dada a diversidade das epidemias e sub-epidemias registradas no âmbito destes países. Todavia, alguns aspectos serão objecto de análise comum, preservando-se as peculiaridades e especificidades para descrição por subárea geográfica.

A prevalência da infecção pelo HIV varia grandemente de país a país, desde aquela estimada para Timor Leste, de baixíssima prevalência a epidemias generalizadas como se observa em Moçambique, por exemplo. Do mesmo modo deve variar o período de introdução do vírus em cada país e de modo bastante claro, a existência de subtipos diversos e não necessariamente coincidentes. O HIV-2 encontra-se presente de modo relativamente importante em alguns e inexistente do ponto de vista de relevância epidemiológica em outros.

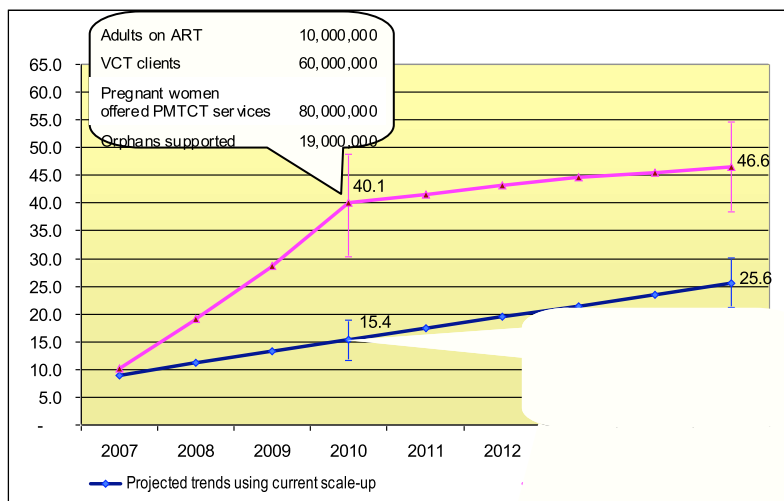
Do ponto de vista operacional e de implantação de actividades essenciais para o controle da infecção pelo HIV também se registra uma grande heterogeneidade, aspecto este que se de algum modo poderia estar relacionado aos níveis de prevalência, isto não seria justificável dada a tendência ascendente observada em alguns. O diferencial portanto tende a estar mais vinculado a capacidade financeira e tecnico-gerencial para a formulação e implementação de políticas publicas ou ainda a prioridade politica estabelecida por cada um dos membro da CPLP em particular.


Sem duvida alguma, o referencial comum a todos os membros seria a vontade politica de estabelecer um sólido processo de cooperação horizontal, perene e duradouro, com espaço próprio para compartilhar experiencias e intercambiar dificuldades e estratégias bem sucedidas no campo em tela.

O grafico que se segue oferece uma estimativa dos recursos financeiros em dois distintos cenarios no periodo 2007 e 2015. A curva em azul oferece um panorama da expectativa ao longo do periodo caso se mantenha o mesmo nivel e tendencia na alocao de recursos e em vermelho a estimativa de situacao ideal para o desenvolvimento de acoes estrategicas com vistas ao acesso universal. Verifica-se portanto importante gap financeiro a ser preenchido pelos países lusofonos, Gap este que se amplia quando se exclue Brasil da analise.

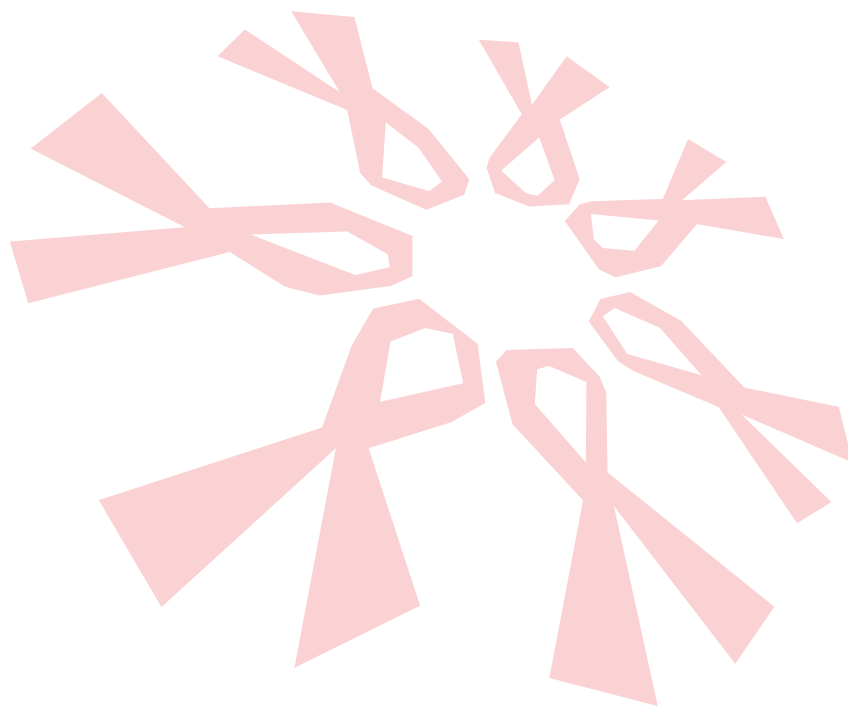
Scenarios towards “Universal Access” in 132 low- and middle-income countries, 2007–2015 (US\$ billion)

Universal Access by 2010



The background of the page is white, featuring several large, thick, red abstract shapes that resemble stylized, irregular polygons or thick outlines of letters. These shapes are scattered across the page, creating a decorative border around the central text.

**Breve descrição da
epidemia, avanços
registados e
perspectiva futura
segundo pais**



ANGOLA

Situação Actual

Com uma população estimada em 16 milhões de habitantes, expectativa de vida ao nascer de 38 e 42 anos, respectivamente, para homens e mulheres, com 41.5% da população abaixo da linha de pobreza, o país apresenta uma prevalência da infecção pelo HIV estimada em 3.7% (2.3 – 5.3) na população de 15-49 anos. Estima-se que em 2006 aproximadamente 30 mil pessoas faleceram por SIDA; 160 mil o número de órfãos de 0-17 anos devido a SIDA e 35 mil o número de crianças de 0-14 anos vivendo com HIV. Cunene, Huíla, as Lundas Norte e Sul e o Kuando Kubango são as províncias com maior taxa de prevalência, o modo de transmissão predominante é heterossexual; todavia de modo importante se regista a transmissão sanguínea por uso de instrumentos perfuro-cortantes não esterilizados e transfusão sanguínea. Em função das altas taxas de prevalência entre mulheres em idade fértil, a transmissão vertical do HIV ocupa lugar de destaque no perfil epidemiológico do país.

Relações sexuais precoces desprotegidas, inequidade de género e comércio sexual encontram-se entre as causas explicativas da epidemia. Sem dúvida alguma, os altos níveis de desemprego, pobreza, baixa escolaridade e dificuldade no acesso a informação, insumos e métodos de prevenção são aspectos estruturais na génese do problema.

Como parte do esforço nacional no enfrentamento da epidemia, aproximadamente 9 milhões de dólares foram investidos em 2006 pelo tesouro nacional, com recursos próprios.

A tabela abaixo sumariza alguns indicadores relativos ao ano de 2006

proporção de mulheres seropositivas Inscritas no Programa de Prevenção da Transmissão Vertical	6.5%
Proporção de pacientes de ambos os sexos Submetidos a terapia anti-retroviral	6.5%
Proporção de órfãos matriculados no sistema Escolar	81.0%

Verifica-se que os indicadores relativos a acesso ao tratamento anti-retroviral encontra-se em um patamar muito abaixo do esperado, o que exige por parte das autoridades e da comunidade internacional em apoio a iniciativa governamental, um esforço significativo para a ampliação da oferta de serviços de diagnóstico e de atenção, tanto ambulatorio como hospitalar.

O nível de conhecimento sobre SIDA e aspectos relativos a comportamento sexual encontram-se em seguida sumarizados segundo sexo:

	H	M
Proporção de jovens entre 15-24 anos que identificam correctamente modos de prevenir o HIV	47.2	35.2
Proporção de jovens que tiveram relação sexual com parceiro casual nos últimos 12 meses	61.4	32.7
Proporção de jovens de 15-24 que usaram preservativo durante a ultima relação sexual com parceiro casual	63.6	55.2

Nota-se clara necessidade de se investir na disseminação da informação e fortalecer os processos de educação continuada objectivando melhorar o nível de conhecimento da população sobre os métodos de prevenção, condição essencial para adoção de praticas adequadas de prevenção da infecção pelo HIV. Do mesmo modo, o uso do preservativo na ultima relação com parceiro casual, ainda que apresente uma frequência relativamente alta, encontra-se aquém dos parâmetros esperados para que efectivamente se estabeleça um nível de protecção colectiva do ponto de vista de saúde publica.

Resposta Nacional e Perspectivas Futuras

O Programa Nacional de SIDA foi criado em 1987. Vários planos foram elaborados desde então, com implementação parcial das accoes preconizadas.

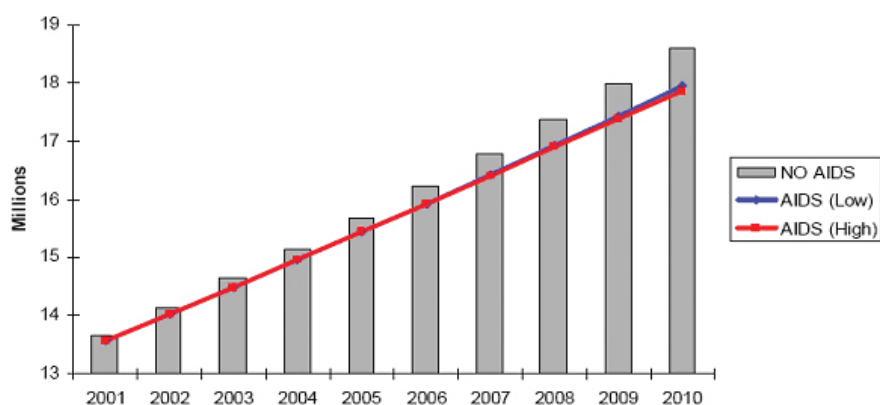
Em 1999 um primeiro plano estratégico de carácter multisectorial foi aprovado, envolvendo as províncias e sectores da sociedade civil. Comissão Nacional foi criada em 2002, presidida pelo Presidente da Republica; no mesmo ano também se estabeleceu o primeiro Centro de Referencia do pais para tratamento aos pacientes de SIDA. Em 2003 se elaborou um novo plano estratégico para o período 2003-2008, em vigência. Durante a vigência do plano ate a presente data, actividades prioritárias estabelecidas no plano foram desenvolvidas, algumas Ainda que de forma parcial. Entre outras, actividades de Informação, Educação e Comunicação, no Sistema de Educação Formal, Biossegurança, Tratamento e Cuidados foram implementadas. Descentralização das accoes ainda continua sendo um grande desafio e também estratégia essencial na ampliação de cobertura.

Os gráficos em seguida oferece uma visão de possíveis cenários demográficos durante o período 2001-2010

Em relação ao crescimento populacional, como se observa a seguir, considerável redução na perspectiva de crescimento populacional quando se compara com um cenário ausente de SIDA..

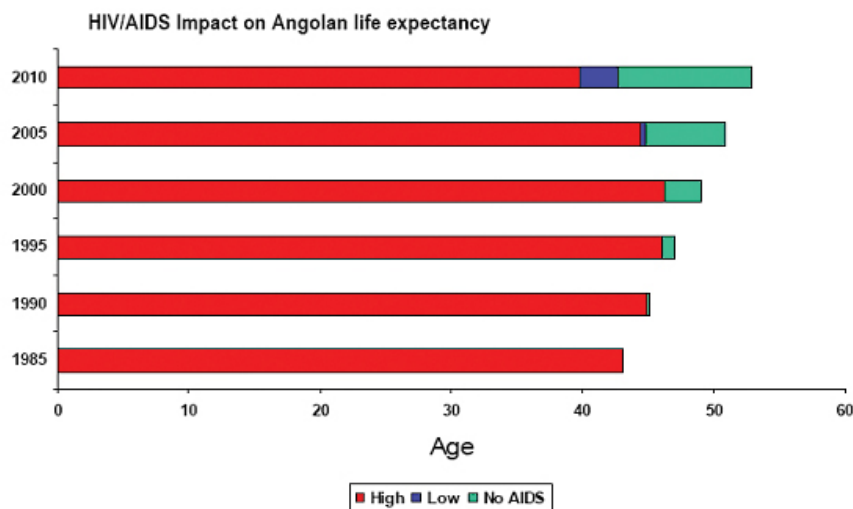
*Republic of Angola
National Strategic Plan for the ITS-HIV/AIDS*

Figure: 4
HIV/AIDS Impact on population growth in Angola



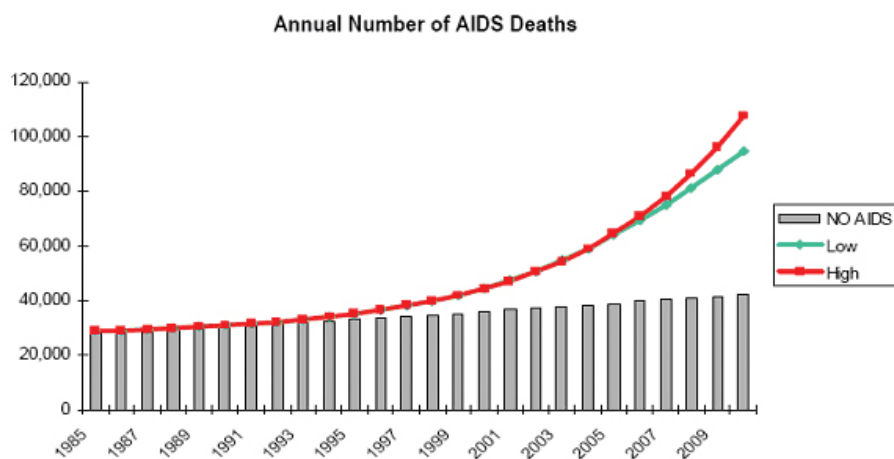
Source: PNLS, UNDP, UNICEF: Socio-Economic Impact of HIV/AIDS in Angola, 2003

De forma similar, conforme gráfico a seguir, verifica-se uma redução na expectativa de vida da população quando se compara cenários distintos: na ausência de SIDA, baixa e alta prevalência da infecção pelo HIV



Outras estimativas também demonstram um grande impacto da epidemia nos diversos cenários da infecção pelo HIV. Tendência da mortalidade na ausência de SIDA e situação em dois níveis distintos de ocorrência.⁹

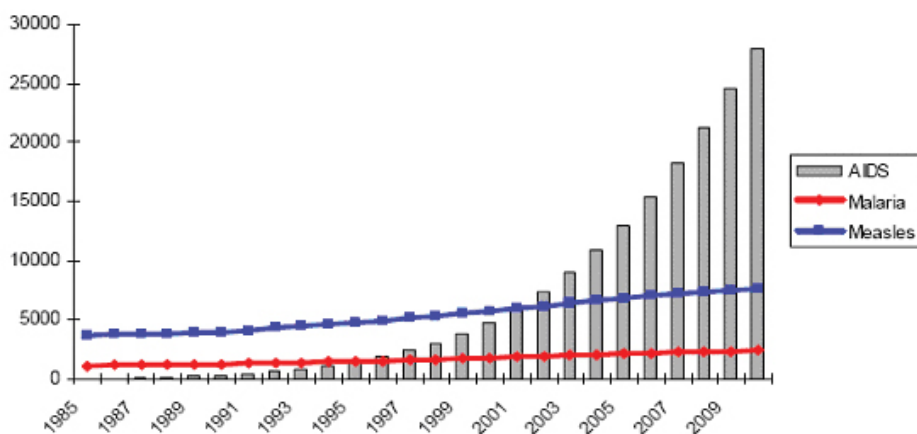
Figure: 10



Source: PNLS, UNDP, UNICEF: Socio-Economic Impact of HIV/AIDS in Angola, 2003

Estimativas e projecções feitas pelo Programa Nacional, UNICEF e PNUD revelam um cenário devastador em relação a mortalidade em crianças devido a SIDA. O gráfico abaixo projecta a estimativa de óbitos num cenário de alto impacto da epidemia em crianças menores de 15 anos.

B. Projection of causes of death in children Scenario 2



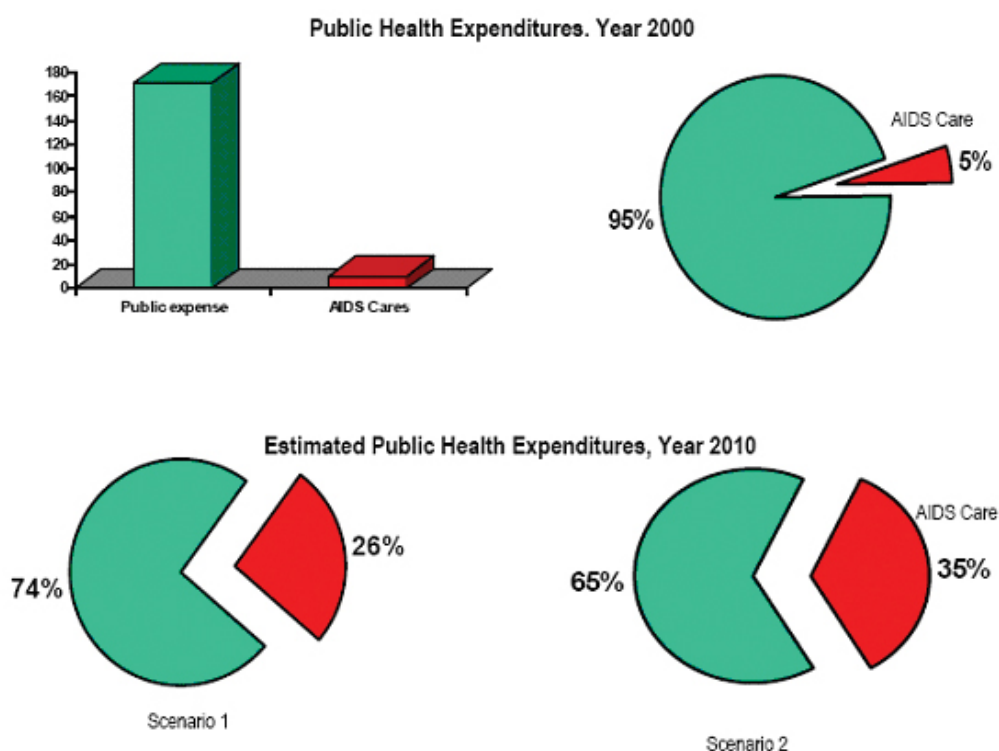
10 Epidemia de SIDA nos países lusófonos

Ainda segundo estimativas do Programa Nacional, UNICEF e PNUD, o impacto da epidemia eh extremamente adverso nos gastos com acções de saúde publica.

Quando comparados 2000 e 2010, verifica-se a necessidade de um incremento substancial no recursos destinados a SIDA, incremento este que certamente poderá se reduzir desde que se ampliem as acoes em curso no campo da prevenção, detecção precoce dos casos e, quando indicada, inclusão imediata destes no sistema publico de tratamento anti-retroviral bem como profilaxia e tratamento oportuno de enfermidades associadas a infecção.

Impacto no sistema educacional, sistema económico e particularmente na agricultura, industria e comercio encontram-se descritos nos plano estratégico nacional.

Os gráficos a seguir (auto explicativos) revelam aspectos comparativos de gastos em saúde publica em 2000 e 2010.



Source: PNLs, UNDP, UNICEF: Socio-Economic Impact of HIV/AIDS in Angola, 2003

Em consonância com a estratégia proposta pelo UNAIDS e em seguimento as decisões da Assembleia Geral, o país implementou um processo de consulta nacional para definir parâmetros para o acesso universal, onde, entre outras, se estabeleceu algumas metas de curto e médio prazo, conforme tabela que se segue.

National Strategic Framework: Targets treatment and PMTCT plus

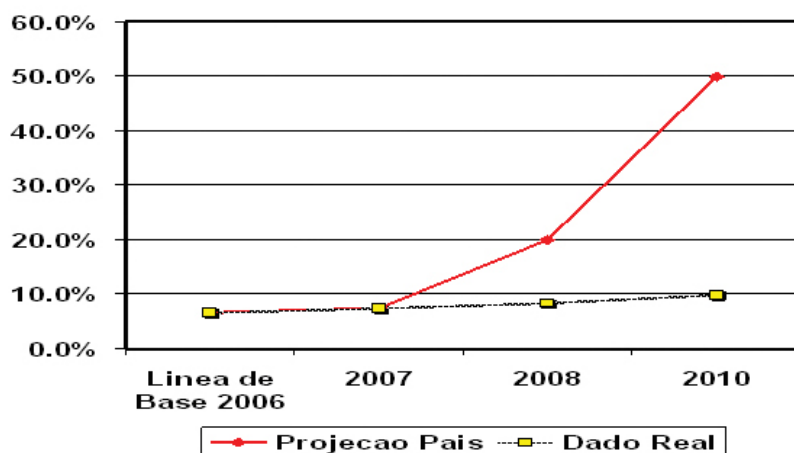
Indicador	Linha de Base (2006)		Ano 2007/2008 (2007: observado)	Ano 2010
PVHIV em seguimento	14,000		50.000 - 80.000	120.000 - 200.000
% de pacientes com infeccao avancada recebendo terapia combinada com ARV	6,6% (7.859)	7.5% (9.263)	20% (25.000)	50% (60.000)
% de criancas com infeccao avancada recebendo terapia combinada com ARV	1.162 criancas expostas	1.336 (ARV+ Follow up .	100% das criancas diagnosticadas	100% das criancas diagnosticadas
Numero de servicos especializados em atencao a PVHIV	23 servicos		82 servicos distribuidos em 59 municipio prioritarios	99 servicos distribuidos em 59 municipios prioritarios
% de mulheres gestantes positivas para o HIV recebendo tratamento completo para profilaxia da transmissao vertical	16,3% (equivalente a 1.427) de gestantes sendo atendidas nas clinicas de prenatal (correspondendo a 6.5% do total estimado)	21.9 % (1.923)	40 % (equivalente a 5,234) de gestantes sendo atendidas nas clinicas de prenatal (correspondendo a 16% do total estimado)	70% (equivalente a 9,158) de gestantes sendo atendidas nas clinicas de prenatal (correspondendo a 28% do total estimado)
Numero de Clinicas Prenatal com servicos de PMTCT plus	37 clinicas de um total de 1445 servicos	41 clinicas	75% das clinicas de prenatal	100 % das clinicas de prenatal
% de OVC menores de 18 anos vivendo em domicilios que se beneficiam de um conjunto de acoes de cuidados basicos				
Provisao de sangue de qualidade	70% do sangue testado para HIV, Hepatite B/C, Malaria e Sifilis	70%	100% do sangue testado para HIV, Hepatite B/C, Malaria e Sifilis	100% do sangue testado para HIV, Hepatite B/C, Malaria e Sifilis
Testagem para HIV	123.251	142.159	500.000	
Numero de preservativos distribuidos ao ano MASCULINOS FEMININOS	30 milhoes 28 mil		40 milhoes 60 mil	76 milhoes 100 mil

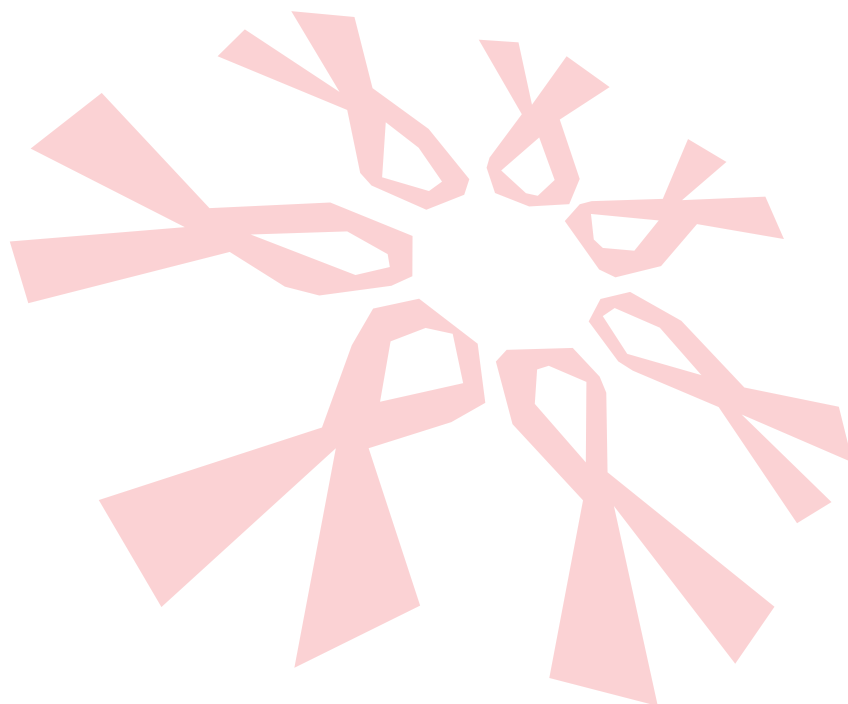
12 Epidemia de SIDA nos países lusófonos

Comites Provinciais com Planos Operacionais Costeados e Financiados	03	03	18	18
Recursos alocados pelo Governo para atividades de controle do HIV	US\$ 30 milhoes			
Recursos financeiros para apoio de projetos de organizacoes da sociedade	US\$ 4.6 milhoes			
Numero de servicos notificanco HIV e AIDS HIV/AIDS	23 Centros de Referencia		60 (incluindo servicos de hemoterapia)	82 servicos notificando pelo menos 70% dos casos
Sitios sentinela em servicos de prenatal (ANC)	26 sitios sentinela	34	35	44
Sistema de M&E	Plano desenvolvido		Plano implementado em nivel nacional e provincial	Optimizacao da capacidade analitica e M&E incorporado de modo rotineiro

O grafico abaixo reflete dois cenarios relativos a cobertura ARV: O primeiro com base na projecao feita pelo pais com vistas a 2010 e o segundo a partir de dados observados tomando tambem como referencia a linha de base. Nota se claramente a necessidade de um forte incremento com vistas a ampliacao de cobertura para que se possa atingir a meta proposta pelo pais

Proporcao de pacientes com infeccao avancada recebendo terapia combinada com ARV - Angola, (2008-2010)





Brasil

Situação Atual

Com uma população estimada em 186 milhões de habitantes, expectativa de vida ao nascer de 67 e 74 anos para homens e mulheres respectivamente, Brasil apresenta sua taxa de prevalência estabilizada em 0,6 % desde o ano 2000.

Cerca de 600 mil pessoas vivem com o HIV e segundo parâmetros internacionalmente adotados, o Brasil apresenta uma epidemia concentrada.

Todos os anos, cerca de 30 mil novos casos de AIDS são registrados, com números crescentes entre mulheres e a população negra. Observa-se uma redução dos novos casos de AIDS por transmissão vertical entre crianças em quase 50% nos últimos dois anos. Foram 669 casos em 2004, 530 em 2005 e 109 até o junho de 2006.

A estabilização da taxa média nacional de prevalência seguramente esta associada a mudanças de comportamento, práticas e atitudes da população frente ao HIV. Varias pesquisas comportamentais foram realizadas em nível nacional cujos achados corroboram esta hipótese. Pesquisa realizada em 2004 por exemplo (PCAP-BR 2004) revela que 91% da população brasileira citaram espontaneamente relação sexual desprotegida como forma de transmissão do HIV e 94% apontaram o uso do preservativo como forma de prevenção. Esta pesquisa revela também que 67% têm o conhecimento correto das formas de transmissão do HIV, proporção esta que alcança 82 % quando se analisa aqueles com ensino fundamental completo. A política adotada desde o início da epidemia sempre considerou o preservativo como insumo essencial e indispensável à prevenção. O estudo em tela também revela que 57% dos jovens de 15-24 anos usaram o preservativo durante a última relação sexual; quando se considera a última relação com parceiros eventuais esta proporção atinge 67%. Aproximadamente um quarto da população fez uso do preservativo em todas as relações durante o último ano (PCAP 2004) e 51% informam seu uso de modo consistente quando se trata de parceiros eventuais.

Pesquisas realizadas desde a década de 80 revelam uma importante mudança quanto ao uso do preservativo. Na primeira relação sexual por exemplo, de 9% de uso em 1986, 49% em 1998 e 51% em 2004. Esta proporção supera 70% quando se considera a população de nível de escolaridade alto. No que concerne à realização do teste HIV, esta mesma pesquisa revela que quase um terço da população já se submeteu ao teste pelo menos uma vez na vida; entre as mulheres esta proporção atinge 35%, aspecto este relacionado certamente a prevenção da transmissão vertical do HIV.

O Programa de SIDA foi estabelecido em 1986, todavia atividades relativas aos novos problemas de saúde se iniciaram mais precocemente. Em 1996 o país tomou a decisão política de provisão da terapia anti-retroviral combinada gerando um grande esforço nacional do ponto de vista da ampliação da capacidade instalada, desenvolvimento institucional e logístico. O impacto dessa política se fez ver quase que de imediato e já no ano subsequente se notava uma mudança completa no perfil nosológico, com expressiva queda taxa de mortalidade, redução da ocorrência de oportunistas e queda na internação hospitalar por SIDA.

SIDA no Brasil tem se configurado como uma epidemia que tem de modo importante atingido os usuários de drogas e homens que fazem sexo com homens e mais recentemente verifica-se um aumento crescente de ocorrências devido à transmissão heterossexual. Populações de baixa escolaridade e renda tem sido cada vez mais incorporada aos caso registrados.

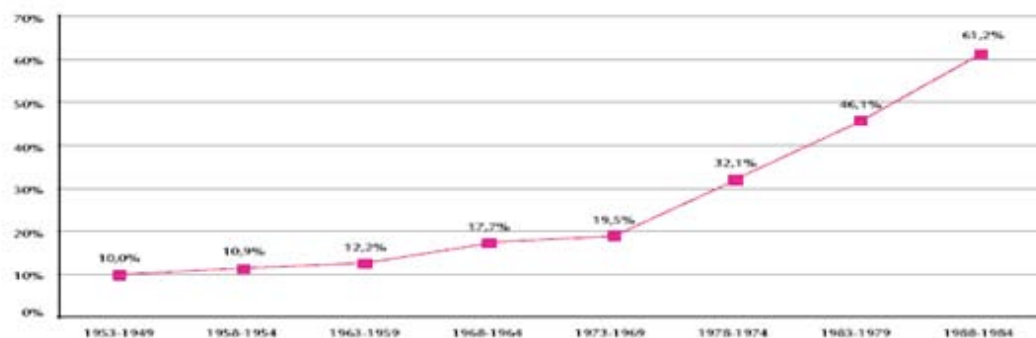
A consolidação da política de atenção às pessoas que vivem com HIV no Brasil tem mostrado resultados bastantes positivos. Entre 1996 e 2002 por exemplo, houve redução de 50% na mortalidade específica por AIDS, no período de 1996-2004 foram evitadas 470 mil internações. No mesmo período, houve uma economia de US\$ 2,3 bilhões por hospitalizações e doenças oportunistas evitadas. Considerando que no mesmo período os gastos com ARV foram 2 bilhões de dólares, ve-se claramente que a política de acesso universal gratuito aos anti-retrovirais apresenta alto custo - benefício.

Resposta Nacional e perspectivas futuras

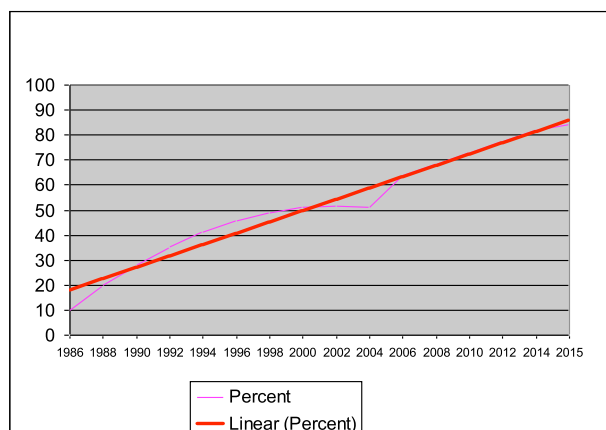
Os gráficos e tabelas que se seguem apresentam alguns aspectos relativos ao perfil da epidemia e resposta nacional.

Como se pode verificar pelos gráficos a seguir, grandes mudanças ocorreram em relação ao uso do preservativo ao longo do período. Isto se nota de modo mais intenso entre os adultos jovens que tem respondido mui positivamente ao por em praticas medidas concretas de prevenção.

Uso de preservativos na primeira relação sexual, segundo a coorte de nascimento – Brasil, 2004

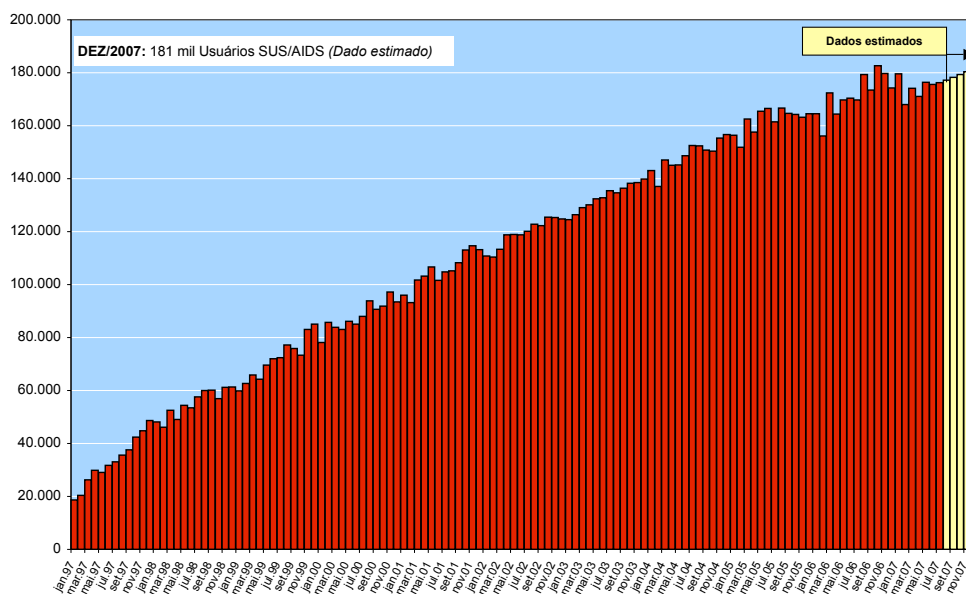


Uso do preservativo durante a primeira relação sexual Brasil, 1986-2015 (2006-2015 Projecao)

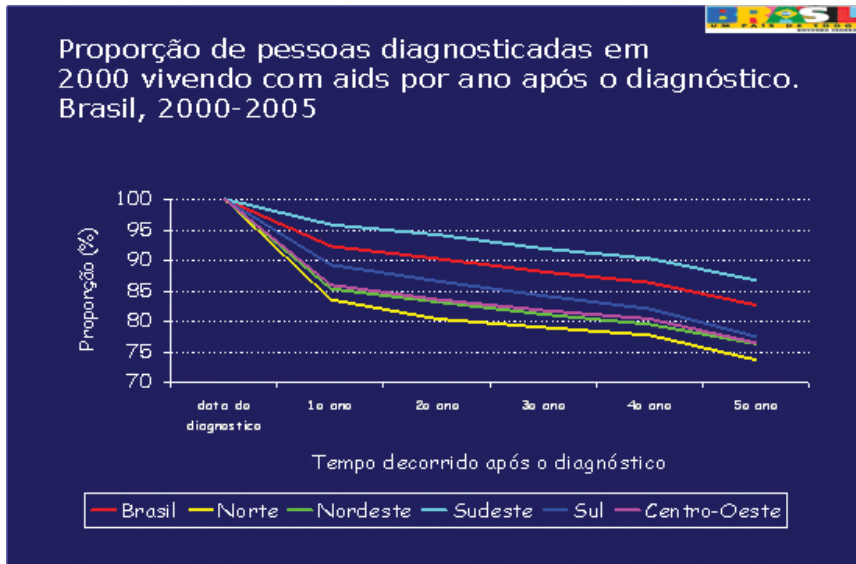


A rede assistencial para atenção as pessoas vivendo com HIV é parte da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido em todo território nacional, o que permite uma grande capilaridade da rede assistencial e também um campo de grande cobertura para as ações de promoção e prevenção. O gráfico que se segue oferece uma visão ao longo do tempo, do numero acumulado de pacientes sob terapia anti-retroviral combinada desde 1997. A rede de tratamento e dispensacao de medicamentos atualmente é composta por 700 serviços distribuídos por todo o país.

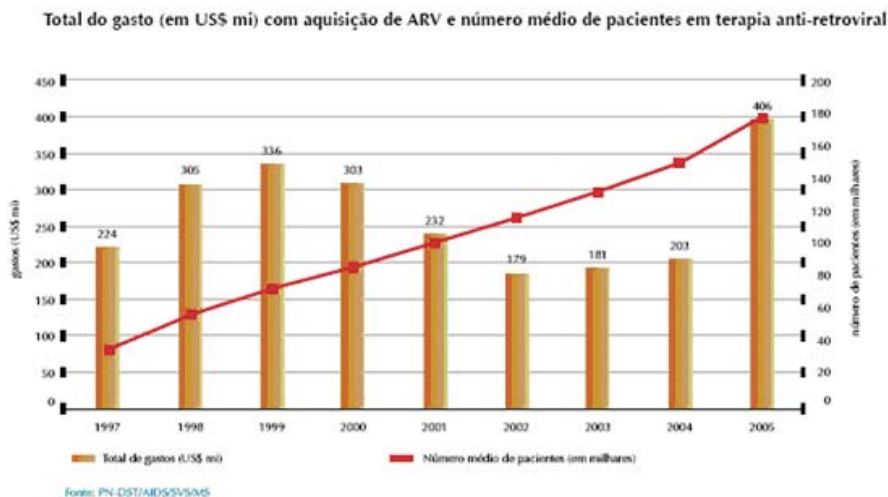
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE USUÁRIOS SUS/AIDS BRASIL, JAN/1997 A DEZ/2007



A proporção de pessoas diagnosticadas e sua sobrevivência encontram-se delineada no gráfico abaixo. Ao primeiro ano, a média nacional observada é superior a 90%.



O gráfico que se segue oferece uma visão dos gastos com aquisição de anti-retrovirais no período considerado. A introdução de novas terapias e a redução da utilização dos medicamentos de produção nacional em função de sua substituição por drogas mais avançadas tem gerado um constante aumento dos gastos com a aquisição dos ARV.



A distribuição geográfica da rede de serviços e de diagnóstico laboratorial encontram-se registradas nos cartogramas abaixo:

**Acesso ao tratamento:
951 serviços para PVHA no Brasil**

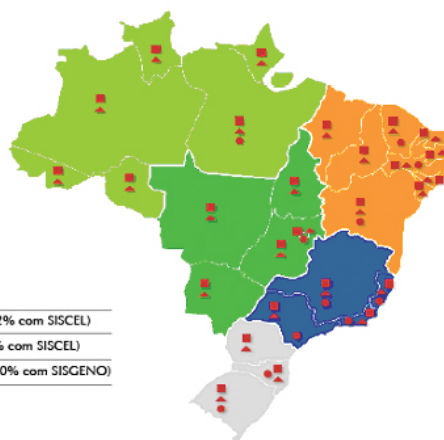
ALTERNATIVAS DE SERVIÇOS EM HIV/AIDS

● Hospitais credenciados:	468
● Hospitais-dia:	91
● Assistência domiciliar:	58
● Serviços Ambulatoriais:	422



Rede laboratorial de CD4+/CD8+ Carga Viral e Genotipagem

- 88 Laboratórios de CD4+ CD8+ (82% com SISCEL)
- ▲ 72 Laboratórios de Carga Viral (89% com SISCEL)
- 18 Laboratórios de Genotipagem (50% com SISGENO)



Este gráfico oferece dois cenários relativos a hospitalização por aids. Nota-se de modo contundente a mudança da tendência em relação a este indicador pela introdução da terapia anti-retroviral, resultando em, além de gastos evitados para o sistema de saúde, a promoção de qualidade de vida do paciente pela redução de agravos oportunistas e, conseqüentemente, diminuição da necessidade de atenção médica hospitalar.



A parceria com a sociedade civil e o envolvimento desta desde a formulação das políticas públicas a implementação de ações tem sido uma característica do Programa de SIDA brasileiro e a esta prática, em parte se deve os resultados alcançados.

Por outro lado, a indissociabilidade entre as ações de prevenção e assistência também tem sido uma característica que se considera desde a implantação do Programa Nacional nos anos 80, sempre na perspectiva dos direitos de cidadania segundo os princípios constitucionais que regem o acesso a saúde no país enquanto direito do cidadão e dever do Estado.

Política e ações específicas tem sido estabelecida para populações mais vulneráveis ou que enfrentam situações que geram dificuldades no acesso aos serviços, como por exemplo homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas, trabalhadores e trabalhadoras sexuais e mais recentemente, populações afro-descendentes.

Ressalta-se também que as campanhas de Informação, Educação e Comunicação tem buscado oferecer mensagens claras e diretas sobre os modos de transmissão e as estratégias de prevenção cientificamente validadas, a ênfase permanente ao preservativo como o método de primeira escolha para a população sexualmente ativa tem sido parte dessa política.

Como parte do esforço nacional e no âmbito do Projeto Laços Sul-Sul, algumas actividades se destacam, a saber:

- Lançamento em 2006 da versão atualizada do Protocolo Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical;
- Treinamento de 234 profissionais em 11 oficinas nas regiões Norte e Nordeste sobre testagem rápida do HIV, com foco nas maternidades;
- Realização da primeira etapa do estudo Sentinela Parturiente para medir a prevalência do HIV e o acesso desse público aos testes;
- Criação do kit "Eu preciso fazer o teste de HIV?" testado e utilizado por 1.600 adolescentes em três Estados e cuja implementação se encontra em curso;
- Apoio ao programa Saúde e Prevenção nas Escolas, que inclui o Ministério da Saúde, da Educação, o UNICEF e a UNESCO, com treinamento de mais de 300 profissionais de saúde e educação e de 200 educadores jovens.

O quadro abaixo sumariza alguns indicadores de relevância incluindo indicadores UNGASS:

Em mil

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011
Aquisição de preservativos femininos	-	7.000	8.000	9.000	10.000
Aquisição de gel	-	15.000	20.000	25.000	30.000
Aquisição de preservativos masculinos	-	1.200.000	1.400.000	1.600.000	1.800.000
Proporção de jovens de 15-24 anos que identificam corretamente modos de prevenção do HIV e rejeitam conceitos errôneos Baseline 2005 - 58%	-	90%	-	95%	-
Pacientes sob tratamento ARV	183	199	215	231	247
Proporção de pacientes sobrevivendo após um ano de tratamento ARV	92%	95%	97%	97%	97%
Proporção de gestantes submetidas à profilaxia para prevenção da transmissão vertical do HIV	-	-	-	-	-
Quantidade de preservativo distribuída anualmente pelo setor público e vendida pelo setor privado	-	-	-	-	-
Proporção de Gestantes submetidas à profilaxia para a prevenção da transmissão vertical	-	-	-	-	-
Proporção de jovens que utilizam o preservativo durante a primeira relação sexual	1986 10%	1998 49%	2004 51%	2005	-

Recursos Orçamentários Federais destinados ao Programa de SIDA (em US\$ 1000)

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
274.9	336.3	353.2	376.9	334.4	306.7	309.1	430.9	674.3	783.9

Proporção de jovens que utilizam o preservativo durante a primeira relação sexual						
1986	1998	2004	2008	2010	2015	
10%	49%	51%	69%	72%	85%	



Cabo Verde

Cabo Verde segundo dados de 2006 tinha uma população de meio milhão de habitantes e esta classificado pelo Banco Mundial como de renda media baixa. O primeiro caso de SIDA identificado no país data de 1985. Estudos especiais revelam uma prevalência da infecção pelo HIV entre 1,1% e 1,7% da população. Até o final de 2006, 1.940 pessoas foram identificadas com a infecção pelo HIV. Um dos maiores desafios no país é a proteção dos jovens, que representam quase metade da população total.

O país desenvolveu um plano estratégico inicialmente para o período 2002-2006 e já dispõe de um plano atualizado e costeado para o período 2006-2010. Apesar de predominar entre os infectados a população masculina, nota-se crescente Feminização. A capital apresenta uma prevalência próxima de 2%.

Em 2006 foi realizada consulta nacional para estabelecer parâmetros com vistas ao acesso universal com participação da sociedade civil, setores governamentais, agencias das NN. UU e bilaterais.

Alguns obstáculos foram identificados para expansão adequada da cobertura de atividades essenciais preconizadas, a saber:

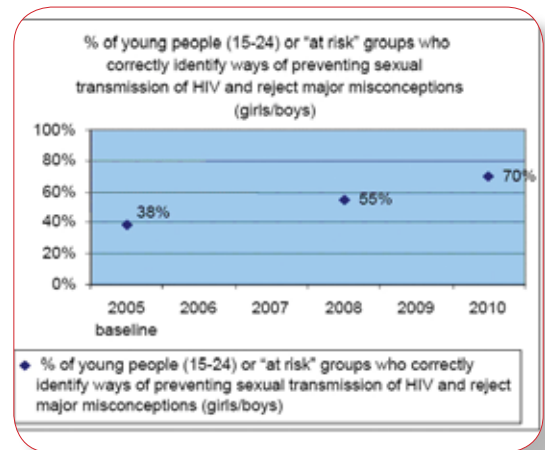
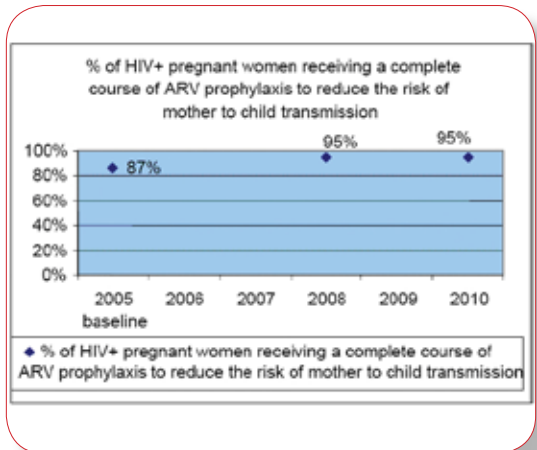
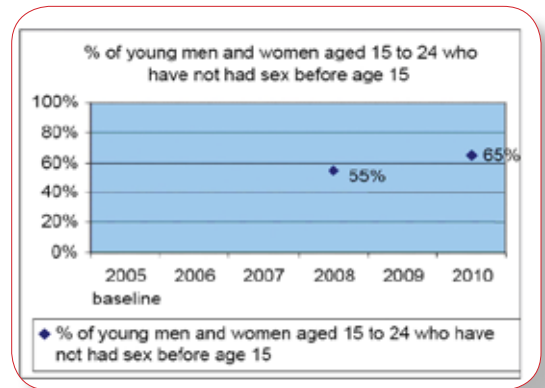
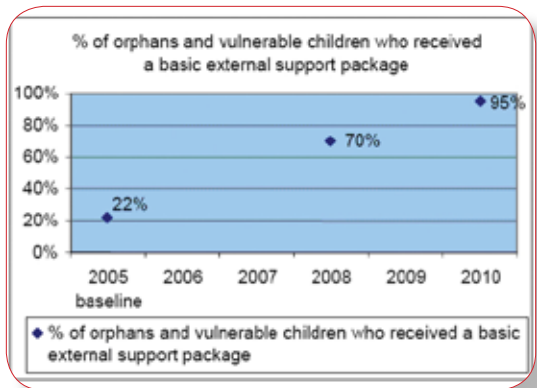
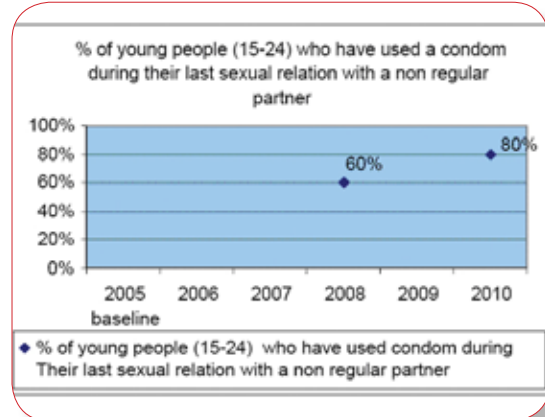
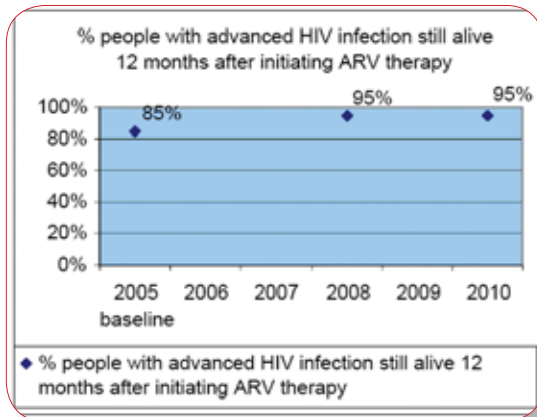
1. Baixa capacidade dos segmentos populacionais mais vulneráveis em se organizar de modo associativo;
2. Dificuldade de aproximação aos segmentos sob maior risco devido ao preconceito,
3. Debilidade nas estruturas nacionais no que concerne a M & E
4. Insuficiente apoio financeiro internacional;

Como parte do esforço nacional no âmbito da cooperação Laços Sul-Sul alguns resultados se destacam:

- Aumento dos testes de HIV em gestantes em mais de 400% entre 2005 e 2006 (de 1.156 para 4.974);
- 220 adultos e 22 crianças recebem o tratamento, mas o país garante o acesso para todas as pessoas vivendo com HIV identificadas e passíveis de iniciar o tratamento anti-retroviral;
- Finalização do Plano Nacional de Treinamento em HIV para profissionais de saúde;
- Programa de intercâmbio com profissionais de atenção à saúde trabalhando com cuidados clínicos e prevenção da transmissão vertical.

A tabela e os gráficos que se seguem registram metas estabelecidas pelo país no processo de consulta nacional com vistas a estabelecer os parâmetros para acesso universal

Indicador	Linha de Base (2006)	Ano 2007/2008 (2007: observado)		Ano 2010
PVHIV com infecção avançada que se encontram vivos aos 12 meses de tratamento	85%	-	95%	- 95%
Órfãos e crianças vulneráveis recebendo cuidados	22%	-	70%	95% -
Mulheres gestantes positivas para o HIV submetidas à profilaxia da transmissão vertical	87%	-	95%	- 95%
Percentual de jovens (15-24) que usaram preservativo em sua última relação sexual com parceiro não regular	-	-	60%	- 80%
Percentual de jovens de ambos os sexos (15-24) que não tiveram sua primeira relação antes dos 15 anos de idade	-	-	55%	- 65%
Percentual de jovens (15-24) ou pessoas sob maior risco que corretamente identificam meios de prevenção do HIV e rejeitam conceitos errôneos	38%	-	55%	- 70%
Pacientes sob terapia ARV	-	300	-	- -





Guiné-bissau

Com uma população estimada em 1,6 milhões de habitantes, Guiné-bissau apresenta uma prevalência do HIV estimada em 8,7% e entre mulheres grávidas, estudos recentes indicam uma prevalência de 7,3%

Os primeiros casos de SIDA ocorreram em 1985 e em 1986 se criou a Comissão Nacional de VE e Luta contra SIDA.

Em 1992 foi criado o Comitê Nacional de Luta contra SIDA, instância de caráter multisetorial e com participação da sociedade civil.

Em 2006 estima-se em 20% a proporção de gestantes sob tratamento para prevenção de transmissão vertical e 1,0% dos pacientes sob tratamento anti-retroviral. Seis por cento das gestantes estima-se infectadas pelo HIV.

O Ministério da Saúde Pública através dos serviços de informação, educação e comunicação, elaborou a política nacional de IEC para a saúde reprodutiva dos jovens e atividades educativas ocorrem utilizando-se rádio e outros meios de comunicação.

Aproximadamente US\$ 2 milhões de dólares foi o recurso governamental alocado para VIH em 2006

Os ARV disponíveis no país são obtidos com apoio do Governo Federal do Brasil mediante acordo de cooperação técnica; O país conta também com recursos do Fundo Global destinados a combater o VIH/ SIDA (US\$ 5.078.607), deste montante \$ 442.747 são destinados à compra de ARV.

Para fazer frente à epidemia o país enfrenta obstáculos importantes:

- A marginalização, pela sociedade oficial e pela administrativa, dos grupos mais vulneráveis como as trabalhadoras do sexo, os jovens não escolarizados ou desempregados, as vendedoras ambulantes, os migrantes, as PVVS, as viúvas e os órfãos por causa do SIDA,
- difícil acesso dos homens com ITS aos serviços de saúde pública,
- Dificil acesso aos Anti-Retrovirais(ART)
- difícil acesso dos jovens aos preservativos por restrições de carácter financeiro;
- difícil acesso social e financeiro aos serviços de saúde e outros serviços educativos e de apoio social para os grupos mais vulneráveis, principalmente nas áreas rurais do país,
- A quase ausência dos serviços amigáveis para os meninos e jovens da rua, os marginalizados, as PVVS, as trabalhadoras do sexo, os órfãos e as mães solteiras,
- Falta de serviços descentralizados de actividades integradas de prevenção(ATVC e PTMF) e redução do impacto do SIDA gratuitos para os mais pobres dos vulneráveis ao VIH/SIDA

Como parte do esforço nacional no âmbito da Cooperação Laços Sul-Sul:

- Iniciada a oferta de tratamento anti-retroviral. Hoje, existem 328 adultos e 21 crianças em tratamento, que deve alcançar 89 crianças e 500 adultos em 2007;
- Treinamento de mais de 100 profissionais de saúde em diagnóstico, tratamento e cuidados em HIV/AIDS;
- Implementação inicial do Sistema Nacional de Vigilância em HIV/AIDS;
- Aprovação do protocolo nacional de tratamento em HIV/AIDS e finalização do Plano Nacional Estratégico contra o HIV/AIDS 2007-2012.
- Início do uso de AZT para profilaxia nos RN
- Formação de profissionais das regiões sanitárias em despistagem e aconselhamento
- Aquisição de testes rápidos para as mulheres grávidas (5000)
- Aquisição de reagentes laboratoriais
- Campanha de sensibilização no meio Laboral



Moçambique

Situação atual

Moçambique tem uma população de aproximadamente 20 milhões de habitantes, 78% vivendo abaixo da linha de pobreza. O país teve seu primeiro caso de SIDA diagnosticado em 1986 quando também se estabeleceu sua Comissão Nacional. Estudos realizados durante este período permitiram estimar a prevalência da infecção pelo HIV entre 1 e 3 % para o HIV1 e HIV2 respectivamente.

Estudos comportamentais e de seroprevalência vem sendo realizados desde esse período e seus resultados fundamentaram a decisão política da criação do Conselho Nacional de SIDA e elaboração do Primeiro Plano Estratégico 2000-2002. Um Segundo Plano Estratégico foi elaborado em para o período 2005-2009.

Moçambique apresenta uma prevalência do HIV estimada em 16% (aproximadamente 1.8 milhões de PVHIV, 2006) com predominância feminina – 60%. Estima-se que em 2006 160 mil pessoas faleceram por SIDA.

O Plano Estratégico vigente define como uma das metas a estabilização da epidemia em 17% de prevalência máxima em 2009 quando então se espera observar uma inflexão da curva ascendente com a redução progressiva das novas infecções.

Resposta Nacional e Perspectiva Futura

O gráfico que se segue oferece a projeção elaborada no plano estratégico nacional até 2010 no que concerne a prevalência do HIV segundo grandes regiões do país.

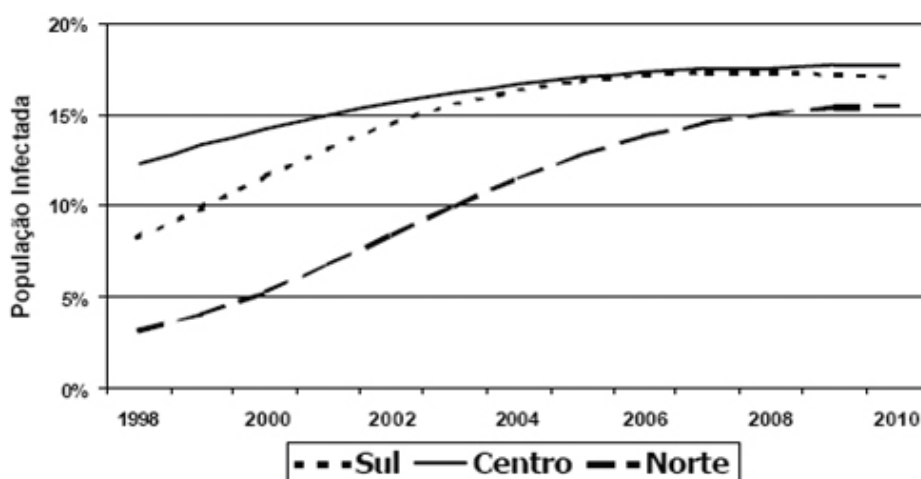


Figure 2: HIV/AIDS Prevalence Outlook among Adults (aged 15 - 49 years), by region

Conforme pode se observar na tabela a seguir, a partir de estudos de prevalência, projeções foram feitas para estimar a tendência esperada da incidência, considerando a plena implementação das ações e estratégias preconizadas no plano estratégico ora em execução,

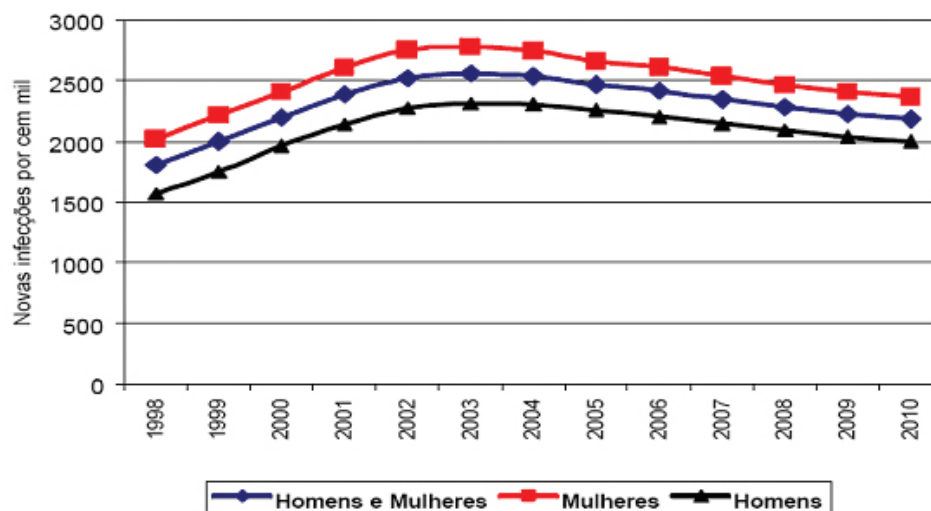


Figure 5: HIV Incidence among Adults (15-49 years), per 100,000 inhabitants, by Gender

O impacto da epidemia também se faz presente de modo devastador na população infantil. O gráfico abaixo nos oferece a perspectiva de tendencia em relação a orfaos maternos devido a SIDA, onde se verifica uma curva ascendente ao longo do período.

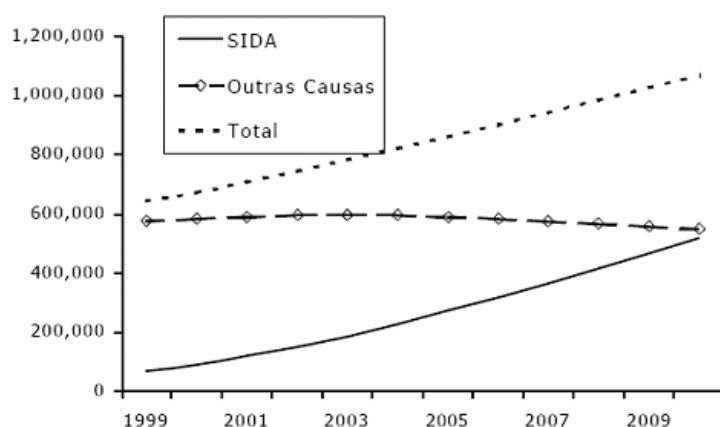


Figura 17: Maternal Orphans (0-17 years), 1999-2010

O impacto na vida escolar pode ser observado no gráfico abaixo quando a presença da epidemia reduz substancialmente o numero de alunos regularmente matriculados (2000-2010). O percentual de redução durante este período é de 13.3% (2,486,000 versus 2,866,000)

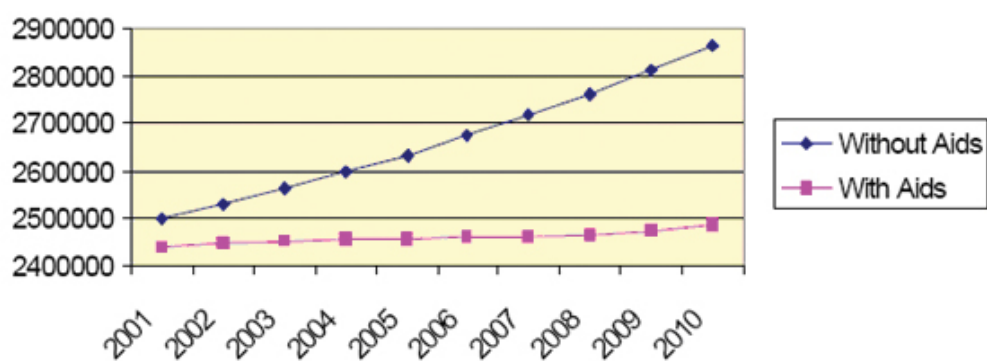


Figure 20: Decline in the cadre of EPI teachers as a result of AIDS (13% within the 10-year period)205

Acesso a serviços de saúde particularmente aqueles para atenção a pacientes de AIDS persiste como importante obstáculo a expansão das ações de diagnóstico e tratamento no país. As distâncias geográficas e o fato que mais de 60% da população vive em zona rural, em função desse obstáculo, mesmo que o paciente seja diagnosticado e inicie a terapia, apresenta grande chance de se submeter a um regime terapêutico irregular ou mesmo abandonar a terapia preconizada. Esforço governamental vem sendo feito no sentido de ampliar a capacidade instalada com a expansão de serviços para a zona rural, a partir de um novo modelo de atenção. O quadro a seguir oferece informação sobre a cobertura ARV e a disponibilidade de serviços bem como projeção para o futuro

Disponibilidade de serviços e pacientes sob terapia ARV. 2004-2008

	2004	2005	2007	2008	2009
Numero estimado de pacientes	217, 483	233, 954	-	-	-
Pacientes sob Tratamento ARV	7,284	17,383	-	-	165,000
Cobertura ARV (%)	3,3	7,4	-	-	-
Serviços de dispensação de ARV	24	34	-	129	-
OVC (%)	-	10	-	25	30
População em geral ou pessoas sob maior risco testadas nos últimos 12 meses e que receberam o resultado	-	720,000	-	945,000	-

Um dos aspectos mais relevantes no controle da epidemia no que concerne a prevenção da transmissão sexual repousa na disseminação do uso do preservativo em todas as relações sexuais principalmente quando se trata de parceiro eventual. Conforme tabela a seguir, as mudanças observadas no período representam importante avanço quanto a incorporação do preservativo como insumo essencial para a prevenção não só da infecção pelo HIV como também de outras infecções de transmissão sexual, todavia mui distante de representar uma prática que confira proteção coletiva do ponto de vista de saúde pública

Jovens de 15-24 anos que informaram uso de preservativo durante relação sexual com um parceiro (a) não regular, segundo sexo. 1997-2003

Sexo	1997	2003	2006	2010
Masculino	13%	33%		
Feminino	6%	29%		

Fonte: Plano estratégico Nacional

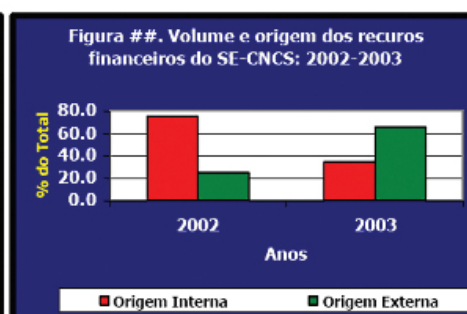
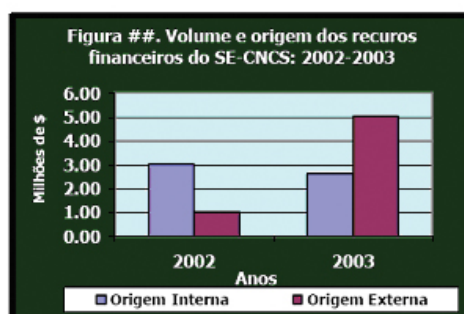
Financiamento

Durante os últimos anos, Moçambique tem recebido substancial apoio financeiro de agências bilaterais, multilaterais, Fundo Global e outras iniciativas internacionais. No período 2003-2008 havia compromisso das seguintes fontes de financiamento:

- USD 54 milhões do Fundo Global para os primeiros 2 anos de um projeto para 5 anos de 155 melhores (dos quais 109 melhores exclusivamente para AIDS)
- USD 55 milhões do MAP do Banco Mundial para o período de 2003-2008
- USD 20 milhões do TAP, do Banco Mundial
- USD 49 milhões do PEPFAR
- Apoios adicionais também foram feitos por agências bilaterais, multilaterais por intermédio do Fundo Comum do Conselho Nacional de SIDA
- Destaca-se ainda fundos alocados pela Fundação Clinton e outros parceiros como a agência de cooperação da Noruega, Irlanda e Canadá.

Os gráficos a seguir demonstram os recursos alocados no período de 2002 e 2003 segundo seu volume e origem. Pode-se claramente notar a inversão do perfil do financiamento das ações já durante os dois primeiros anos, passando a predominar recursos de origem externa, situação essa que se mantém até a presente data.

	2002	2003
US\$	3,857,569	4,615,599



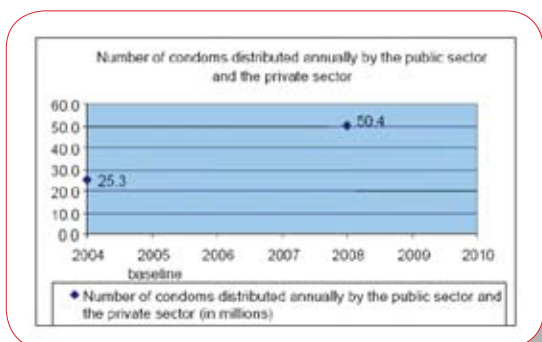
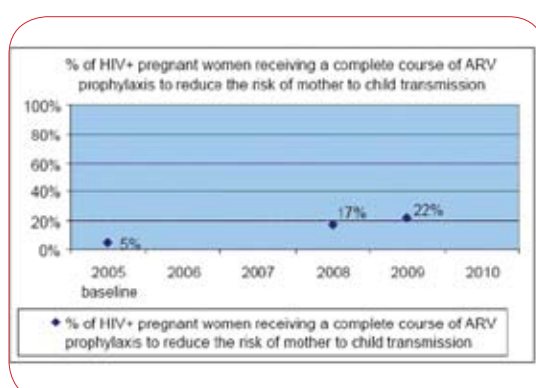
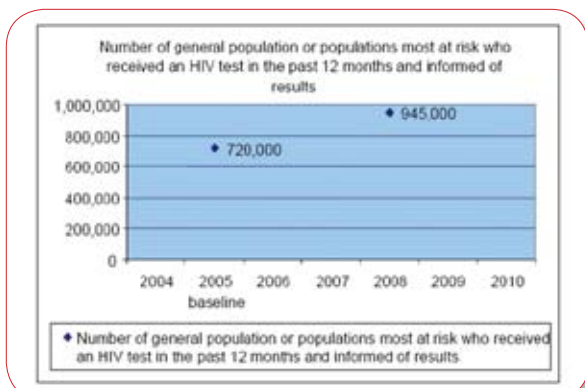
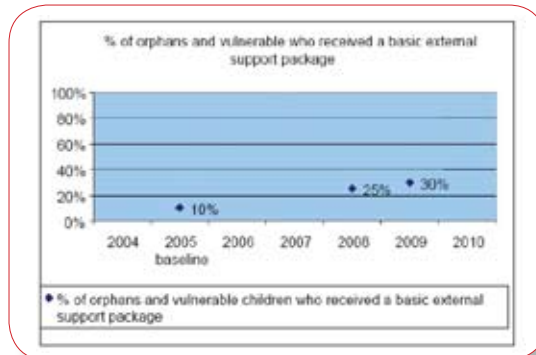
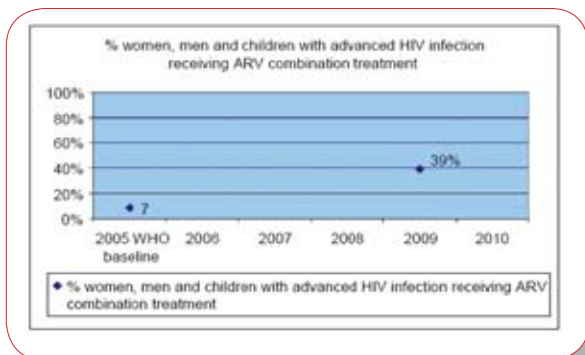
Quadro Resumo de metas estabelecidas com vistas ao acesso universal

Ano/Indicador	2004	2005	2007	2008	2009
Numero estimado de pacientes	217, 483	233, 954	...	...	...
Pacientes sob Tratamento ARV	7,284	17,383	...	...	(165 mil) 40%
Cobertura ARV (%)	3,3	7,4	...	...	...
Serviços de dispensação de ARV	24	34	...	129	...
OVC (%)	10	...	25	30	
População em geral ou pessoas Sob maior risco testadas nos últimos 12 meses e que receberam o resultado	720,000		945,000		
Preservativos distribuídos	25 melhores	....	....	50 melhores	
Gestantes sob profilaxia da Transmissão vertical	5%	17%	22%		

Jovens de 15-24 anos que informaram uso de preservativo durante relação sexual com um parceiro (a) não regular, segundo sexo.

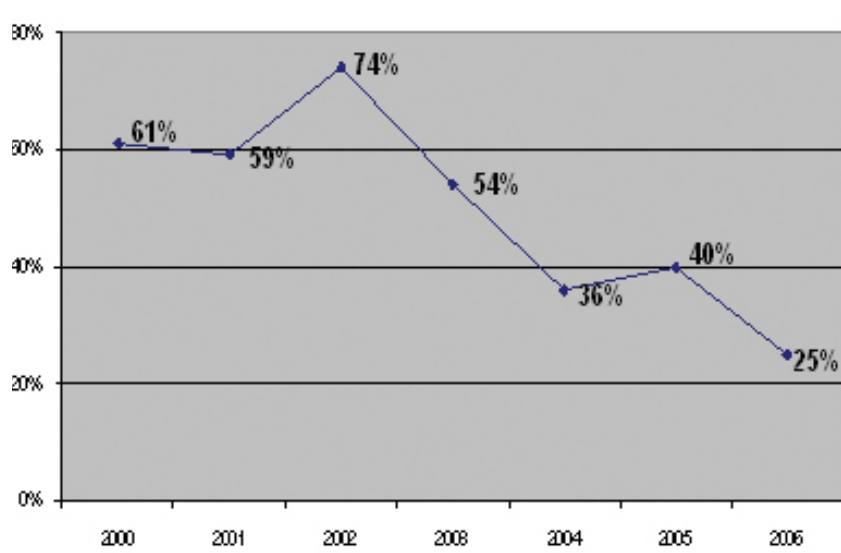
SEXO	1997	2003	2006	2010
Masculino	13%	33%	....
Feminino	6%	29%	....

Sumario Gráfico das Metas Estabelecidas durante a Consulta Nacional



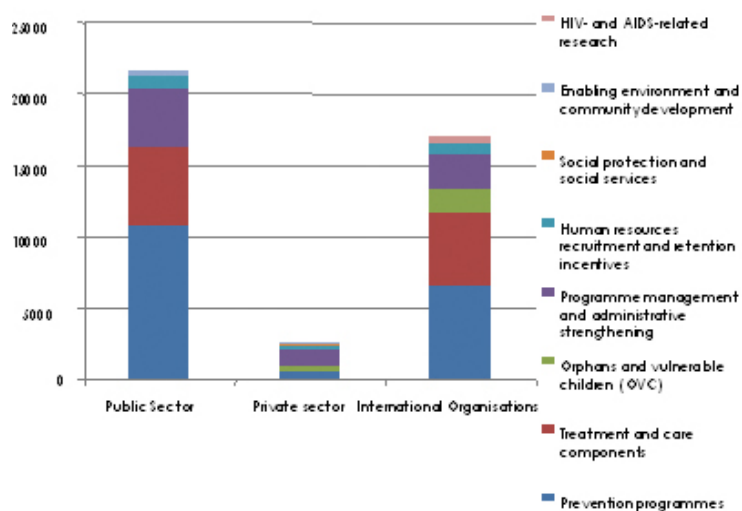
Os gráficos que se seguem refletem aspectos relativos a financiamento das atividades no país

Absorption Capacity (or Execution Rate) of the Health Sector



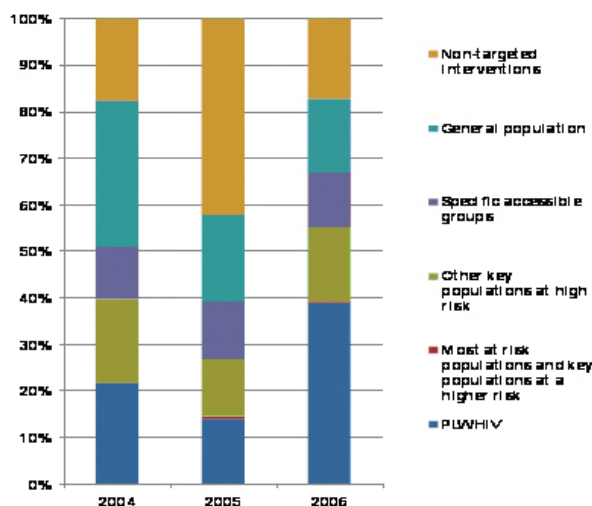
(Source: Ministry of Health Financial Report, 2006)

A ampliação da oferta de recursos não vem se acompanhando de modo adequado da ampliação da capacidade operacional do sistema de saúde como pode se verificar pelo gráfico acima. Esforços.



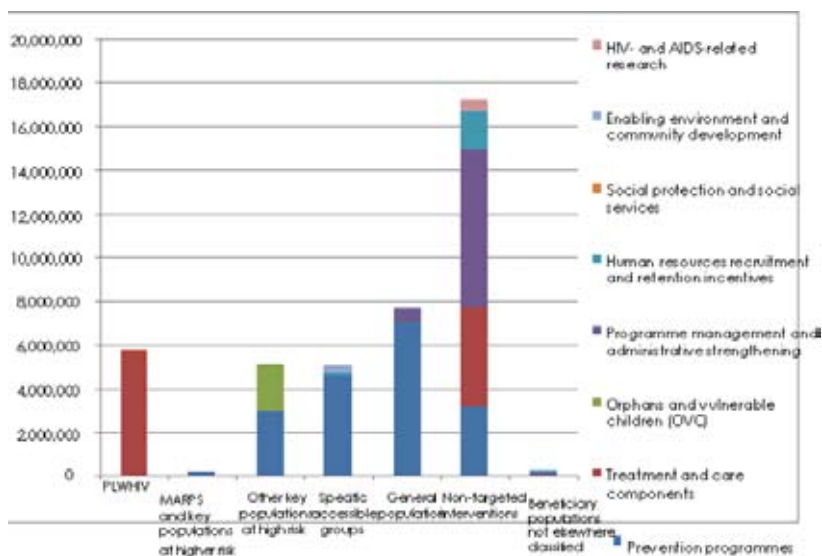
Public, Private and International Organisations Spending by Category 2005 ('000 US\$)

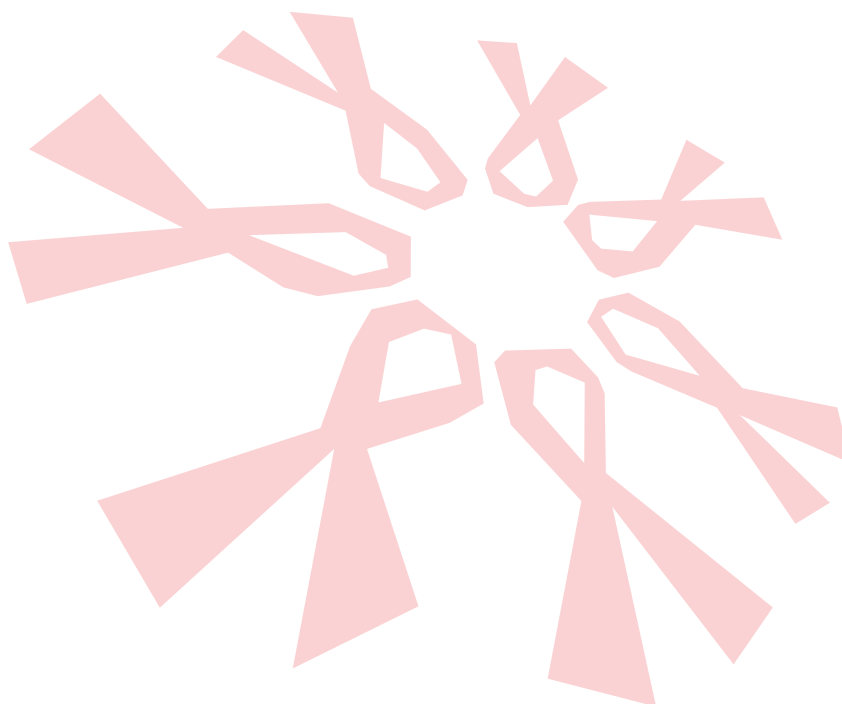
Como se pode constatar pelo gráfico acima, ainda que o investimento publico seja proporcionalmente maior que aquele aportado por organizações internacionais, estas representam importante aporte as ações desenvolvidas no país, notadamente em tratamento e cuidados.



Beneficiaries (Aggregated groupings) of Total HIV and AIDS Spending, 2004 – 2006

A análise dos recursos segundo segmentos populacionais beneficiários mostra claramente que a população sob maior risco e outras populações-alvo sob alto risco não vem sendo objeto de ações prioritárias ou pelo menos a alocação de recursos não reflete esta prioridade.





São Tome e Príncipe

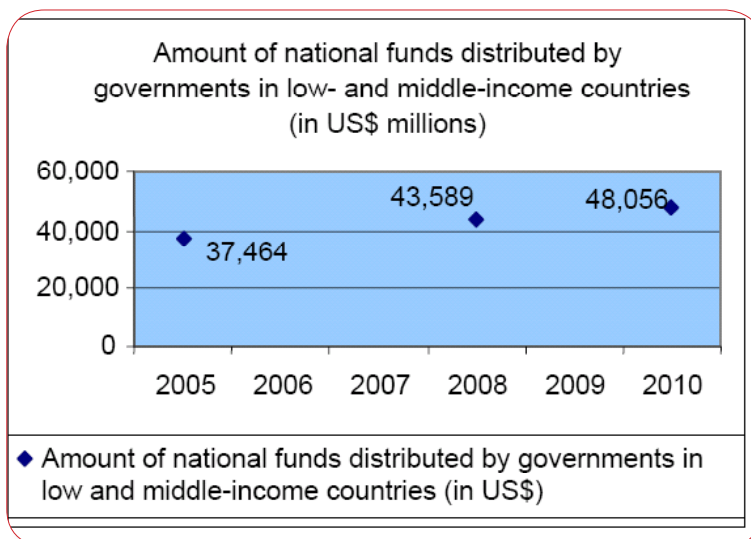
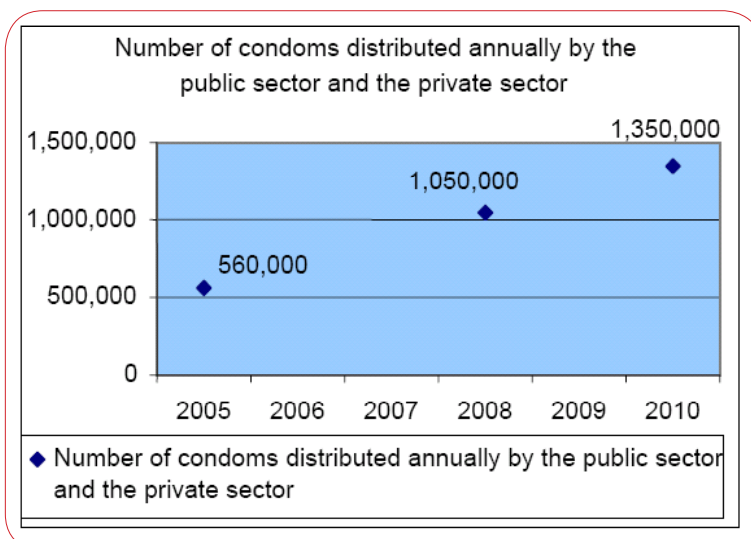
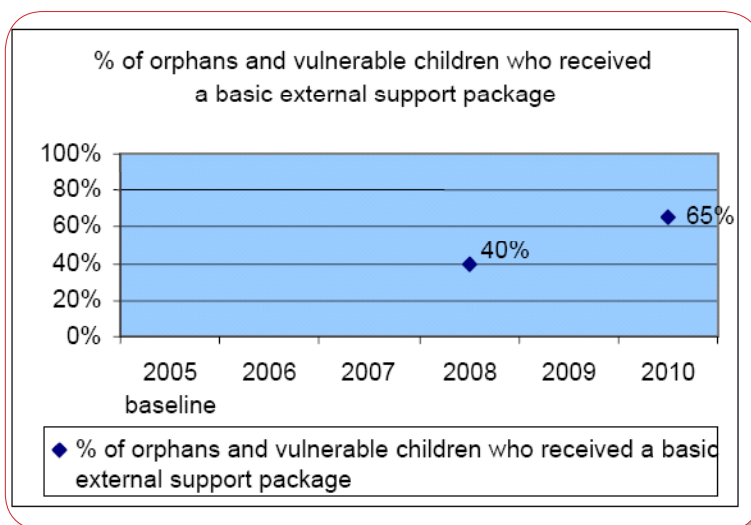
São Tome e Príncipe com uma população estimada em 160 mil habitantes, aproximadamente 50% vivendo em pobreza. Apesar da relativamente baixa prevalência do HIV, (1%) existe um potencial para uma epidemia de grande impacto num futuro próximo. Estudos realizados em 2000 demonstraram uma prevalência de ITS próxima a 50% e extremamente baixo o uso de preservativo. A prevalência do HIV em gestantes cresceu de 0.1% em 1001 a 1.5% em 2005; estes dados podem indicar uma tendencia epidemiológica da infecção pelo HIV no país.

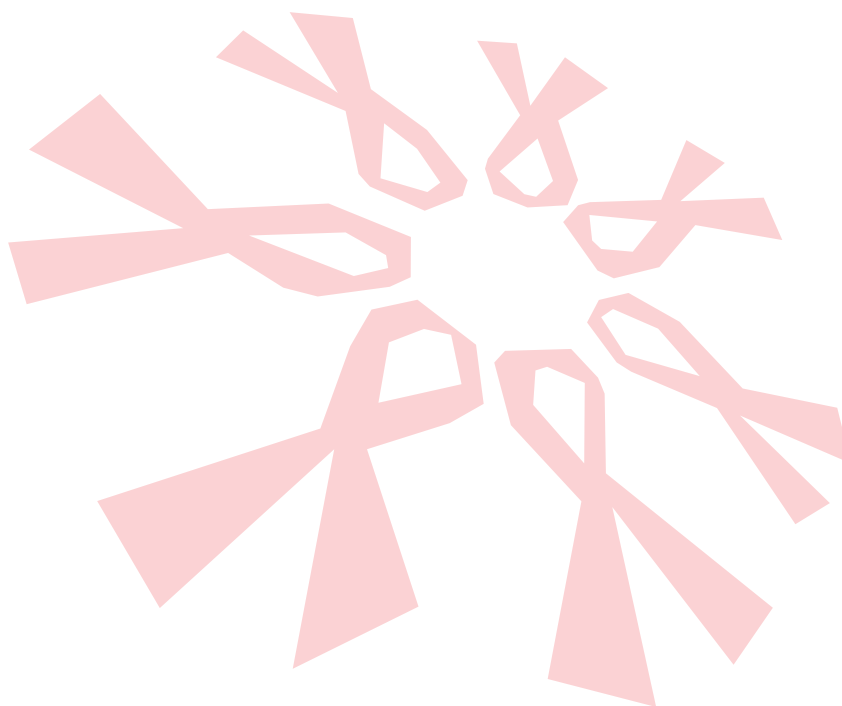
Ate marco de 2007 238 casos de SIDA haviam sido notificados; estima-se aproximadamente 1000 o numero de pessoas vivendo com HIV

Plano Nacional foi elaborado em 2003. Algumas áreas de ação foram consideradas prioritárias tais como, controle de qualidade do sangue, estigma e discriminação, IEC e diagnostico /tratamento das PVHIV.

Consulta nacional estabeleceu alguns parâmetros com vistas ao acesso universal, conforme tabela-resumo e gráficos que se seguem

	2005	2008	2010
Percentual de órfãos e crianças vulneráveis recebendo apoio apropriado	....	40%	65%
Preservativos distribuídos	560.000	1.050.000	1350.000





Timor Leste

Com uma população estimada em 1 milhão de habitantes; segundo dados disponíveis, o país apresenta uma prevalência da infeccao pelo HIV em torno de 0.5% . Plano Estratégico de Resposta Multisetorial foi elaborado para o período de 2002-2005, com amplo envolvimento da comunidade e agencias multi e bilaterais. O plano visa o desenvolvimento institucional e fortalecimento das estruturas de coordenação em nível nacional. O estabelecimento de um sistema de vigilância também se encontra entre as prioridades definidas, bem

como disseminação da informação com vistas a criar um ambiente propicio a redução de praticas de risco para a infecção pelo HIV. Em 2003, estudo de seroprevalencia entre trabalhadores sexuais encontrou 3% de positividade para o HIV.

Ate 2006 33 pessoas foram notificadas como portadoras da infecção pelo HIV. Devido a precariedade ainda existente no acesso ao diagnostico, estima-se ser um numero bem superior o de portadores. Catorze pessoas encontram-se sob tratamento com medicação provida pelo Governo Brasileiro através de um acordo de cooperação que também envolve capacitação de pessoal.

O país enfrenta sérios desafios por causa do vigilância incipiente sistema de vigilancia e falta de informações gerais sobre o estado da epidemia. Um estudo recente indicava que 16% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos já haviam ouvido falar de HIV/ AIDS e, entre elas, apenas 1% sabia como prevenir a transmissão do vírus. Estudos também indicam que cerca de 40% das profissionais do sexo não usam preservativos.

Até hoje, foram identificadas 43 pessoas vivendo com HIV no Timor Leste (35% delas são mulheres).

A resposta nacional tem sido fortemente apoiada pelo Projeto Laços Sul-Sul e dentre outros resultados pode-se destacar:

- Início da oferta de tratamento anti-retroviral. Hoje, 12 pessoas (nove adultos e três crianças) recebem o tratamento;
- Início do programa de prevenção ao HIV/AIDS entre jovens dentro e fora das escolas, com o apoio da mídia televisiva e radiofônica;
- Criação de um Plano Nacional de AIDS para 2006- 2011;
- Estabelecimento de uma unidade de HIV/AIDS no Ministério da Saúde;

Treinamento para profissionais de saúde.

Existe uma dependência de recursos financeiros externos. O Fundo Global alocará US\$ 9.4 milhões para os próximos 5 anos.

As atividades de prevenção da transmissão sexual do HIV, somando-se a aspectos culturais e religiosos, deparam com escassez de preservativo e dificuldade de acesso pela população em geral pelo alto custo.

Entre as ações propostas pelo Plano Estratégico destacam-se o estabelecimento de uma Comissão Nacional de SIDA e realização de campanhas e atividades de promoção da informação com vistas a redução de comportamento de risco.

A iniciativa Laços Sul-Sul, reúne Brasil, Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Paraguai, São Tomé e Príncipe, Timor Leste e, mais recentemente, a Nicarágua. Os oito países comprometeram-se a enfrentar juntos a epidemia de HIV, trocando informações e elaborando estratégias e planos de ação em parceria. Tudo isso estruturado em um modelo de cooperação horizontal, coordenado com o apoio do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS (CICT).

O objetivo da iniciativa Laços Sul-Sul é garantir a utilização e o acesso universal à prevenção do HIV/AIDS, ao tratamento e à atenção. Outro requisito fundamental é que, para atingir seus objetivos, a iniciativa tenha uma abordagem baseada nos direitos humanos:

- O direito a saber como se proteger do HIV;
- O direito a conhecer o próprio status de HIV, com aconselhamento adequado;
- O direito ao tratamento amplo e integrado, incluindo o tratamento pediátrico;
- O direito a prevenir a transmissão vertical do HIV, da mãe para o bebê;

The background of the page is filled with several large, thick, red geometric shapes. These shapes are irregular polygons with some internal cutouts, resembling stylized letters or abstract symbols. They are scattered across the page, with some partially cut off by the edges. The shapes are rendered in a solid, vibrant red color against a plain white background.

ANEXOS

ANEXO 1

Rede de Cooperação Horizontal Iaçó Sul-Sul

Em setembro de 2004, o governo brasileiro, por meio do Programa Nacional de DST e Aids, comprometeu-se a oferecer acesso universal ao tratamento de primeira linha para a AIDS para alguns países de língua portuguesa e vizinhos latino-americanos, engajados em enfrentar a epidemia enquanto a prevalência de HIV ainda estivesse relativamente baixa.

A proposta do governo brasileiro era contribuir para o fortalecimento de políticas e esforços nacionais para apoiar o acesso universal ao tratamento anti-retroviral (ARV). O UNICEF aderiu a essa parceria, acrescentando apoio técnico e financeiro para incorporar à iniciativa um enfoque especial em gestantes, adolescentes e crianças. Isso significa informar essas populações sobre seus direitos à prevenção e ao tratamento, com o objetivo de aumentar a utilização dos serviços já existentes. Admitindo a natureza inovadora dessa parceria, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) também aderiu à iniciativa.

Em outubro de 2004, o Brasil sediou a primeira reunião da recém-formada aliança, da qual participaram representantes do governo brasileiro, da Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste, assim como integrantes do UNICEF e do UNAIDS.

Durante esse primeiro encontro, todos os países participantes concordaram que o foco da iniciativa deveria ser mais amplo, para além do tratamento e da provisão de medicamentos anti-retrovirais. A iniciativa deveria também incluir um constante intercâmbio entre os países envolvidos, com enfoque no acesso universal à prevenção, ao tratamento e à atenção. Tal objetivo seria conseguido por meio de diversos mecanismos, como desenvolvimento de recursos humanos, fortalecimento da sociedade civil, mobilização e envolvimento de adolescentes e jovens.

Em novembro de 2005, o Brasil sediou o segundo encontro dos países cooperados, e a Nicarágua passou a ser o oitavo país participante da iniciativa. A segunda reunião consolidou a parceria e permitiu aos países compartilhar resultados e progressos obtidos desde o início da iniciativa.

Em fevereiro de 2007, o governo de Cabo Verde recebeu os representantes dos países-membros na terceira reunião da iniciativa e a primeira fora do Brasil. O encontro reforçou o compromisso contínuo de todos os parceiros e permitiu que os participantes pudessem compartilhar novos avanços e principais resultados obtidos desde a criação da iniciativa. Durante o encontro na capital caboverdeana, os países participantes assinaram a "Declaração de Praia" que, entre outros tópicos, inclui:

- Um compromisso crescente de continuar a cooperação e as atividades que visam a consolidar os três princípios do UNAIDS;
- Um compromisso conjunto para uma maior inclusão da sociedade civil no desenvolvimento e na implementação de políticas públicas dos países participantes, incluindo a criação de redes de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- Um compromisso contínuo no sentido de fortalecer os programas de prevenção à transmissão vertical ampliada, garantindo o acesso à testagem e ao tratamento para gestantes;
- Um compromisso renovado para alcançar o acesso universal à prevenção e ao tratamento nos países envolvidos;

- O reconhecimento da importante contribuição do UNICEF à iniciativa, no apoio de um real modelo de cooperação horizontal entre os países e na atenção às gestantes, às crianças e aos adolescentes em todos os níveis do programa de cooperação.

Em junho de 2007, durante uma reunião realizada durante a Mostra do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, realizada no Brasil, o UNFPA aderiu à iniciativa.

Uma nova reunião da Rede está agendada para novembro de 2007, em Assunção no Paraguai.

Principais Resultados da Rede Laços Sul-Sul¹

Brasil

No país onde a população total é de quase 180 milhões de habitantes, o Programa Nacional de DST e Aids estima que 600 mil pessoas vivam com o HIV, com uma prevalência nacional de 0,6%. Todos os anos, cerca de 30 mil novos casos de AIDS são registrados, com números crescentes entre mulheres e a população negra. A epidemia continua crescendo, sobretudo via transmissão sexual entre parceiros heterossexuais. De qualquer forma, o Brasil reduziu os novos casos de AIDS por transmissão vertical entre crianças em quase 50% nos últimos dois anos. Foram 669 casos em 2004, 530 em 2005 e 109 até o junho de 2006.

Resultados da Rede Laços Sul-Sul:

- Lançamento em 2006 da versão atualizada do Protocolo Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical;
- Treinamento de 234 profissionais em 11 oficinas nas regiões Norte e Nordeste sobre testagem rápida do HIV, com foco nas maternidades;
- Realização da primeira etapa do estudo Sentinela Parturiente para medir a prevalência do HIV e o acesso desse público aos testes;
- Criação do kit "Eu preciso fazer o teste de HIV?" testado e utilizado por 1.600 adolescentes em três Estados. A implementação do kit começa em 2007;
- Apoio ao programa Saúde e Prevenção nas Escolas, que inclui o Ministério da Saúde, da Educação, o UNICEF e a UNESCO, com treinamento de mais de 300 profissionais de saúde e educação e de 200 educadores jovens.

Bolívia

Foram identificadas mais de 2.200 pessoas vivendo com HIV, mas as estimativas do UNAIDS são de que 6.800 pessoas vivem com o vírus nesse país, com população de aproximadamente 8 milhões de habitantes. A prevalência estimada varia entre 0,1% a 0,3%. Dados apontam para a feminização crescente da epidemia. Para cada mulher infectada, há dois homens vivendo com HIV.

¹ Informações atualizadas em Fevereiro de 2007. Nova atualização deverá ser apresentada durante a reunião da Rede em novembro, no Paraguai.

Resultados da Laços Sul-Sul

- Atualmente, 418 pessoas recebem o tratamento anti-retroviral com medicamentos brasileiros;
- 92 profissionais de saúde treinados em quatro oficinas sobre diagnóstico, tratamento e atenção ao HIV/AIDS;
- Treinamento de 68 profissionais em monitoramento, avaliação e vigilância em HIV/AIDS;
- Criação do Plano Nacional Estratégico de Enfrentamento ao HIV/AIDS para 2004-2008;
- Desenvolvimento e validação das diretrizes nacionais para o tratamento pediátrico e prevenção da transmissão vertical;
- Capacitação de 61 representantes da sociedade civil em participação social.

Cabo Verde

O primeiro caso de AIDS em Cabo Verde foi identificado em 1985, e a taxa de prevalência atualmente é estimada entre 1,1% e 1,7% da população. Até o final de 2006, 1.940 pessoas foram identificadas com a infecção pelo HIV. Um dos maiores desafios no país é a proteção dos jovens, que representam quase metade da população total, de 434 mil habitantes.

Resultados da Laços Sul-Sul:

- Aumento dos testes de HIV em gestantes em mais de 400% entre 2005 e 2006 (de 1.156 para 4.974);
- 220 adultos e 22 crianças recebem o tratamento, mas o país garante o acesso para todas as pessoas vivendo com HIV identificadas e passíveis de iniciar o tratamento anti-retroviral;
- Finalização do Plano Nacional de Treinamento em HIV para profissionais de saúde;
- Programa de intercâmbio com profissionais de atenção à saúde trabalhando com cuidados clínicos e prevenção da transmissão vertical.

Guiné-Bissau

Entre os países participantes da iniciativa, é o que apresenta a maior taxa de prevalência de HIV, estimada em 8,7% entre os 1,5 milhão de habitantes do país. Entre mulheres grávidas, estudos recentes indicam uma prevalência de 7,3%.

Resultados da Laços Sul-Sul:

- Iniciada a oferta de tratamento anti-retroviral pela primeira vez, graças à iniciativa. Hoje, existem 328 adultos e 21 crianças em tratamento, que deve alcançar 89 crianças e 500 adultos em 2007;
- Treinamento de mais de 100 profissionais de saúde em diagnóstico, tratamento e cuidados em HIV/AIDS;

- Implementação inicial do Sistema Nacional de Vigilância em HIV/AIDS;
- Aprovação do protocolo nacional de tratamento em HIV/AIDS e finalização do Plano Nacional Estratégico contra o HIV/AIDS 2007-2012.

Nicarágua

Com uma população total de quase 5,5 milhões de habitantes, a taxa de prevalência estimada na Nicarágua é de 0,2%. Um dos principais desafios é o crescente número de infecções entre mulheres. Há cinco anos, havia sete homens infectados para cada mulher soropositiva. Atualmente, essa proporção é de 2,4 homens para cada mulher. Além disso, as infecções continuam a crescer significativamente entre adolescentes, com um aumento estimado em 50% nas taxas de incidência nos últimos dois anos.

Resultados da Laços Sul-Sul:

- 335 pessoas recebem o tratamento anti-retroviral;
- Criação e finalização de um Plano Nacional de Treinamento em HIV para profissionais de saúde;
- Treinamento de profissionais de saúde em cuidados clínicos;
- As taxas de mortalidade de AIDS foram reduzidas em 25,3%, depois de tornar disponível o tratamento anti-retroviral;
- 10 dos 17 departamentos nacionais agora oferecem serviços de prevenção da transmissão vertical;
- 50 dos 153 municípios no país oferecem os serviços de testagem rápida do HIV;
- Aumento de 400% na demanda pelos testes de HIV.

Paraguai

O primeiro caso de AIDS foi identificado há 19 anos e, desde então, o número de casos registrados de HIV aumentou para quase 5 mil em 2006. No entanto, estima-se que 20 mil pessoas estejam vivendo com o vírus no país. Mulheres representam quase 1/3 dos casos e a prevalência entre gestantes é de aproximadamente 0,8%, maior do que a taxa entre o restante da população, estimada em 0,5%. Entre os novos casos, 81% acontecem em pessoas com idade entre 15 e 39 anos.

Resultados da Laços Sul-Sul:

- Aumento de 300% no número de gestantes testadas em HIV. Entre uma estimativa de 160 mil mulheres grávidas no país, o número de testes aumentou de 4.709 para 35 mil;
- Aumento de 400% no número de gestantes soropositivas recebendo tratamento anti-retroviral para a prevenção da transmissão vertical (de 28 para 113, em um total de 850);
- Treinamento de 780 profissionais em prevenção da transmissão vertical;

- Graças à iniciativa, 593 pessoas a mais recebem agora o tratamento anti-retroviral, incluindo 112 crianças, aumentando o número total de pessoas em tratamento
- ARV para 1.179;
- Aumento de 50% no orçamento nacional dedicado a programas de HIV/AIDS.

São Tomé e Príncipe

Nas duas ilhas que formam o país, há cerca de 140 mil habitantes. A prevalência de HIV é estimada atualmente entre 0,44% e 3%. Houve aumento significativo nas taxas de prevalência entre gestantes, de 0,1% em 2001 para 1,5% em 2005. Até hoje, foram identificadas 238 pessoas vivendo com HIV.

Resultados da Laços Sul-Sul:

- 90% das gestantes soropositivas identificadas recebem tratamento anti-retroviral para a prevenção da transmissão vertical;
- 2.180 gestantes fizeram testes de HIV;
- Desenvolvimento de um Plano Nacional Estratégico de enfrentamento ao HIV/AIDS para 2004-2008;
- Ampliação dos programas de testagem e aconselhamento nas duas ilhas do arquipélago.

Timor Leste

Com aproximadamente 925 mil habitantes, a prevalência de HIV está estimada em 0,5%. Mas o país enfrenta sérios desafios por causa da vigilância inadequada e da falta de informações gerais sobre o estado da epidemia. Um estudo recente indicava que 16% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos já haviam ouvido falar de HIV/AIDS e, entre elas, apenas 1% sabia como prevenir a transmissão do vírus. Estudos também indicam que cerca de 40% dos profissionais do sexo não usam preservativos.

Até hoje, foram identificadas 43 pessoas vivendo com HIV no Timor Leste (35% delas são mulheres).

Resultados da Laços Sul-Sul:

- Início da oferta de tratamento anti-retroviral pela primeira vez. Hoje, 12 pessoas (nove adultos e três crianças) recebem o tratamento;
- Início do programa de prevenção ao HIV/AIDS entre jovens dentro e fora das escolas, com o apoio da mídia televisiva e radiofônica;
- Criação de um Plano Nacional de AIDS para 2006- 2011;
- Estabelecimento de uma unidade de HIV/AIDS no Ministério da Saúde;
- Treinamento para profissionais de saúde.

ANEXO II

O Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT)

Em setembro de 2004, o UNAIDS e o Governo Brasileiro decidiram unir esforços e constituir o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT) com o objetivo de promover a cooperação sobre temas relativos ao HIV e à AIDS entre países em desenvolvimento.

O crescimento do compromisso político tem levado à disponibilização de mais recursos financeiros para a resposta à epidemia de HIV. Contudo, muitos países têm encontrado dificuldades significativas para otimizar os recursos disponíveis devido a limitações na capacidade de absorção e implementação destes. Como resposta a essa situação, o CICT objetiva fomentar respostas nacionais à epidemia sustentáveis, através da promoção e da facilitação da cooperação técnica entre países em desenvolvimento.

A missão do CICT é facilitar e fomentar projetos de cooperação técnica horizontal sul-sul, visando fortalecer e ampliar respostas nacionais sustentáveis ao HIV e à AIDS, em países em desenvolvimento.

O trabalho do CICT baseia-se em grande medida na experiência do Governo do Brasil em cooperar em temas relativos ao HIV e à AIDS com outros países em desenvolvimento. As atividades do Centro são também implementadas por uma rede internacional de instituições credenciadas, da qual fazem parte instituições governamentais e não-governamentais, com experiência comprovada e reconhecida em pelo menos uma das sete áreas temáticas prioritárias adotadas pelo CICT. As instituições são convidadas a se candidatar para o credenciamento, por meio de processos abertos de seleção. Atualmente, existem 75 instituições credenciadas ao Centro, sendo 8 baseadas fora do Brasil.

Todas as ações do Centro são estruturadas em uma abordagem “horizontal” da cooperação internacional, ou seja, uma estratégia que reconhece as diferenças existentes entre os países com relação ao perfil epidemiológico, à resposta nacional, à organização dos serviços de saúde e de assistência social, à cultura, aos sistemas legais e políticos e aos níveis de desenvolvimento econômico, social e tecnológico. Sendo assim, todas as ações do CICT são planejadas e acordadas conjuntamente com os países parceiros e desenhadas de maneira a atender às demandas e recursos específicos de cada país – de acordo com os princípios dos “3 Uns – Os Três Princípios Fundamentais”.

Os projetos e atividades do CICT podem englobar qualquer área temática relativa à AIDS uma vez que as instituições credenciadas ao Centro possuem uma ampla expertise no tema. As áreas temáticas prioritárias de cooperação do CICT são:

1) Políticas Públicas e Direitos Humanos

2) Promoção, Prevenção e Proteção

3) Diagnóstico, Atenção e Tratamento

4) Desenvolvimento Institucional e Gestão

5) Epidemiologia

6) Fortalecimento da sociedade civil

7) Monitoramento e Avaliação

Desde a sua inauguração, o CICT tem gerenciado um número considerável de atividades de cooperação. Os projetos de cooperação técnica constituem o cerne do trabalho e atualmente o Centro gerencia nove projetos dessa natureza, com países da América Latina e do Caribe, também com países da África – especialmente países de língua oficial portuguesa - e da Ásia. Somado a isso, o CICT trabalha com assistência técnica, estágios, visitas de estudos e projetos adicionais de capacitação.

A realização de eventos estratégicos internacionais constitui outra atividade importante do Centro e de seu papel mobilizador da agenda da resposta à epidemia. Essas atividades incluem, desde grandes eventos internacionais tais como a “Consulta Regional da América Latina sobre o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento, Atenção e Apoio em HIV”, realizada em janeiro de 2006, e a “Consulta Global sobre o Trabalho Sexual e HIV/Aids”, realizada em julho de 2006, até oficinas visando ao treinamento da sociedade civil e ao fortalecimento das relações entre redes de ONG. Além disso, tais eventos cumprem a função de identificar demandas de cooperação entre países em desenvolvimento.

O CICT tem como seus principais parceiros o Governo Brasileiro e o UNAIDS e conta, ainda, com uma forte parceria com a GTZ e o DFID, além do apoio e a colaboração com o Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e Caribe (GCTH) de agências do Sistema das Nações Unidas, como UNICEF, OPAS/OMS e UNFPA, além de redes de Organizações não-governamentais. No âmbito da governabilidade, O CICT estabeleceu um Grupo Internacional de Referência (GIR), cujo principal objetivo é atuar como um conselho consultivo para orientar as estratégias do Centro. Suas tarefas incluem a revisão do Plano Estratégico do CICT, a orientação em relação a questões macro-políticas e a promoção do Centro em fóruns internacionais, se apropriado.



CPL | Comunidade dos Países de Língua Portuguesa



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNICEF
UNEP
UNFPA
UNHCR
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WFP
WORLD BANK