



REDE

Laços Sul-Sul

Uma iniciativa internacional de cooperação
para o enfrentamento da epidemia HIV/aids



EXPEDIENTE

REALIZAÇÃO Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

GARY STAHL ● Representante do UNICEF no Brasil

ESPERANZA VIVES ● Representante adjunta do UNICEF no Brasil

CRISTINA ALBUQUERQUE ● Coordenadora do Programa Proteger-se do HIV/AIDS do UNICEF no Brasil

CAIO OLIVEIRA ● Oficial de HIV/AIDS do UNICEF no Brasil

PRODUÇÃO ● Ricardo Prado e Caio Oliveira

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO ● Compasso Comunicação – www.artecompasso.com.br

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS ● Carlos Passarelli, Mark Connolly, Pedro Chequer

FOTO DE CAPA ● Manuela Cavadas



Escritório do Representante do UNICEF no Brasil
SEPN 510 - Bloco A - 2º andar
Brasília-DF, CEP: 70750-521
E-mail: brasilia@unicef.org
Website: www.unicef.org.br

JULHO 2016

REDE
LAÇOS
SUL-SUL



A participação de adolescentes e jovens na elaboração das estratégias foi um resultado notável da Rede Laços Sul-Sul. ©UNICEF/BRZ/Ripper

Sumário

6 **PREFÁCIO**

15 **A REDE LAÇOS SUL-SUL**

22 **HISTÓRICO DA REDE LAÇOS SUL-SUL**

29 **AS CONQUISTAS DA REDE LAÇOS SUL-SUL**

32 **A LUTA CONTRA O HIV E A EPIDEMIA DE AIDS
NOS PAÍSES DA REDE LAÇOS SUL-SUL**



O combate à transmissão vertical do HIV sempre foi um dos temas de maior relevância na Rede Laços Sul-Sul. © UNICEF/UNI182268/Schermbrucker

Prefácio

Em setembro de 2004, o Governo do Brasil, por meio do seu Programa Nacional de DST/Aids, decidiu apoiar o acesso universal ao tratamento antirretroviral para seis países de língua portuguesa e espanhola comprometidos em combater o avanço da epidemia, enquanto a prevalência do HIV/aids ainda era relativamente baixa. O nome dessa iniciativa era Brasil + 7, e o objetivo do governo brasileiro era contribuir para o fortalecimento das políticas globais e dos esforços voltados ao acesso universal do tratamento antirretroviral.

O UNICEF aderiu a essa parceria naquele mesmo ano e passou a dar apoio técnico e financeiro com foco especial em mulheres grávidas, adolescentes e crianças. O objetivo principal é prover informações acerca dos seus direitos sobre prevenção, testagem e tratamento do HIV/aids, e assegurar o acesso dessas populações aos serviços de saúde disponíveis.

Em 2005, a iniciativa mudou sua perspectiva bilateral “Brasil mais outro país” para uma abordagem de aliança multilateral em que oito países (Brasil, Bolívia, Cabo Verde, Guiné Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste) passaram a trocar experiências e aprendizados mutuamente. Seguindo esse conceito, o nome da iniciativa foi trocado de Brasil+7 para Laços Sul-Sul – LSS.

Após 10 anos de cooperação, a iniciativa alcançou importantes resultados relacionados ao enfrentamento da epidemia de HIV/aids, incluindo o fortalecimento das respostas nacionais, redução das taxas de mortalidade e uma significativa melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Além disso, houve a consolidação da participação da sociedade civil, sobretudo de adolescentes, no desenvolvimento e implementação de políticas públicas nos países participantes.

Seguindo esse progresso, o UNICEF reitera seu compromisso com essa importante iniciativa e reconhece a relevância da cooperação sul-sul para a melhoria das respostas nacionais à epidemia de HIV/aids, especialmente entre mulheres grávidas, crianças e adolescentes.



Gary Stahl, Representante do UNICEF no Brasil.



As necessidades da sociedade civil sempre foram consideradas na elaboração das estratégias e planos de trabalho da Rede Laços Sul-Sul.

© UNICEF/UN182268/Schembrucker

A Rede Laços Sul-Sul

TAXA DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Sem qualquer intervenção



Com o uso combinado
de medicações hoje disponíveis



A Rede Laços Sul-Sul é uma iniciativa internacional de cooperação para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids criada em 2005 pelos governos do Brasil, Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste, tendo como parceiros o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT).

A iniciativa tem como objetivo o enfrentamento conjunto da epidemia de do vírus da imunodeficiência humana (HIV) () por meio da cooperação técnica entre os países, com base em estratégias e planos de trabalho, troca permanente de informações, acesso aos medicamentos antirretrovirais (ARV) produzidos e doados pelo governo brasileiro e capacitação dos serviços nacionais de saúde. O uso desse tipo de medicação, descoberta na década de 1980 e adotada pelo Brasil desde 1996, não mata o HIV, mas impede que este enfraqueça o sistema imunológico, gerando doenças oportunistas. O coquetel antiaids, formado pela combinação de três ou mais drogas antirretrovirais, vem sendo decisivo para diminuir os índices de mortalidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus. Ele também é responsável pela acentuada queda na transmissão vertical (da mãe gestante soropositiva para o filho) observada na última década, pois, na maior parte dos casos, a infecção é evitada por meio do uso preventivo do ARV. A taxa de transmissão vertical do HIV sem qualquer intervenção é de 30% e pode ser reduzida a menos de 1% com o uso combinado de medicações hoje disponíveis.¹

Outra vertente da iniciativa se dedica a mobilizar a sociedade civil, em especial as parcelas mais jovens da população, para criar um ambiente de apoio para diminuir o preconceito associado à doença e aumentar a eficácia das ações de educação sexual e prevenção ativa de novos ca-

¹ BRASIL. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002/2003, p. 4

sos. Para garantir que as campanhas de prevenção ao HIV atingissem adolescentes e jovens no início de suas práticas sexuais, o UNICEF no Brasil apoiou, em 2010, a criação da Rede Laços Sul-Sul Jovem, formada por jovens ativistas dos direitos humanos entre 15 e 24 anos, que executaram diversas ações em escolas, nas redes sociais e em locais frequentados por seus pares, em seus respectivos países.

Nesse arranjo entre diferentes países que compõem a Rede e que apresentam realidades sociais e econômicas distintas, influenciadas por culturas específicas, desafios quanto ao alinhamento são comuns. Os planos de trabalho são elaborados considerando temas e demandas comuns aos países, e, a partir disso, são definidos os objetivos a ser trabalhados e os resultados a alcançar. A definição dos papéis e responsabilidades das agências da Organização das Nações Unidas (ONU) e dos governos é fundamental para a organização dos fluxos e o bom andamento das ações.

As agências da ONU exercem um importante papel na Rede ao assegurar que o componente relacionado aos direitos humanos esteja presente na construção de programas e políticas públicas voltados ao enfrentamento da epidemia de HIV/aids. O UNICEF apoia a participação dos representantes das redes de adolescentes e jovens nas reuniões ordinárias da Rede Laços Sul-Sul, a fim de inserir suas demandas específicas nos planos de trabalho bianuais. Outro apoio prestado pelo UNICEF é a facilitação do envio de insumos e medicamentos aos países.

as mortes
decorrentes da aids
CAÍRAM entre
2000 e 2013
a uma taxa anual de
2,3% acima da
média global



A COOPERAÇÃO SUL-SUL

As iniciativas de cooperação Sul-Sul vêm sendo incentivadas pela ONU desde meados da década de 1970. A primeira ação concreta surgiu em 1974, com a criação de um Fundo de Cooperação Técnica voltado aos países em desenvolvimento. Em 1978, um comitê de alto nível reunido na Argentina formulou o Plano de Ação de Buenos Aires (BAPA, na sigla em inglês). Esse plano estabeleceu as bases de uma cooperação técnica entre diversos países em desenvolvimento, orquestrada pela ONU, de modo que cada país nessa condição pudesse mobilizar recursos humanos e ter acesso à tecnologia e a financiamentos para alavancar as respectivas economias e, consequentemente, elevar o nível de vida das populações.

Em 2003, a Assembleia Geral das Nações Unidas fixa a data de 12 de setembro como Dia das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul, tendo a primeira comemoração ocorrido em 2004, ano de formação da iniciativa Brasil+7, que foi uma das 30 iniciativas selecionadas para participar do evento.

Nesse mesmo ano, o Comitê de Alto Nível para a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento recebeu um novo nome: Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul. Em 2009, uma conferência sediada em Nairóbi, Quênia, produziu um documento para orientar governos nacionais, organismos regionais e as agências da ONU para que apoiassem as iniciativas de cooperação sul-sul.

Os oito países que atualmente compõem a Rede Laços Sul-Sul compartilham suas experiências na resposta ao HIV em diversos congressos já realizados ou por meio de uma rede virtual. Diante de desafios semelhantes, as estratégias de combate podem ser distintas, motivadas por questões culturais ou políticas, o que só serve para enriquecer a experiência compartilhada por uma década.

Quando a Rede Laços Sul-Sul foi estabelecida, em 2005, o acesso aos medicamentos ARV ainda era bastante restrito, e a Rede foi um importante instrumento para viabilizar a chegada desses medicamentos aos demais países do grupo. No cenário atual, os países contam com mais acesso a esse tipo de medicação e a diferentes fontes de recursos para apoiar as respectivas respostas à epidemia de aids, como o Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária (GFATM), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), além de arranjos econômicos regionais, como o Mercado Comum do Sul (Mercosul) e a Comunidade de Países de Língua



HISTÓRICO REDE LAÇOS SUL-SUL

Ao longo de dez anos de existência, a Rede Laços Sul-Sul reuniu representantes dos governos de oito países em parceria com a ONU, para debater e alinhar estratégias voltadas ao enfrentamento da epidemia de HIV/aids. Surgia uma iniciativa baseada nos conceitos de cooperação sul-sul, em que a sinergia das ações fortalecia o alcance dos resultados. Veja, a seguir, um resumo dos principais temas debatidos e as decisões compartilhadas nas sete reuniões realizadas.

2004 Brasília, Brasil, o início. Participaram do primeiro encontro do grupo, à época chamado de Brasil+7, representantes dos governos do Brasil, Bolívia, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste, além de UNICEF e UNAIDS. Foi firmado o compromisso de estabelecer cooperação entre os países para assegurar o acesso universal a medicamentos para o tratamento do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis; promover a prevenção e o tratamento; e apoiar a participação dos usuários dos serviços de saúde na formulação de políticas públicas para o setor.

2005 Brasília, Brasil, surge a Rede Laços Sul-Sul. A segunda reunião contou com a inclusão da Nicarágua, e, a fim de se fortalecer o conceito de horizontalidade entre os países, o nome da iniciativa passou a ser Laços Sul-Sul. Esse fato reforçou a necessidade de substituir a abordagem bilateral (Brasil e algum outro país) por uma aliança na qual os países dividem e aprendem uns com os outros. Também foi anunciada a criação do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT), uma iniciativa conjunta do governo brasileiro e do UNAIDS destinada a coordenar as respostas à epidemia por meio da cooperação sul-sul.

2007 fevereiro – Praia, Cabo Verde, a Declaração de Praia. Durante o terceiro encontro da Rede, os países participantes assinaram a Declaração de Praia, que se baseou no compromisso com a consolidação dos três princípios-chave do UNAIDS para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids: um único planejamento estratégico, estabelecido coordenadamente por todos os países da Rede; uma única autoridade nacional para executá-lo; uma única metodologia de monitoramento e avaliação dos resultados atingidos.

2007 novembro – Assunção, Paraguai, a parceria aumenta. Durante a quarta reunião, foi oficializada a entrada do UNFPA na iniciativa. Na ocasião, foram discutidos temas relacionados à prevenção da epidemia entre adolescentes e jovens; à prevenção da transmissão vertical; e à melhoria contínua dos processos de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde que atendem as populações.





2009 Fortaleza, Brasil, planos ousados

Esse encontro foi marcado pela ampla participação de representantes governamentais e da sociedade civil e das Agências das Nações Unidas sediadas nos países. Foi elaborado no encontro o mais complexo plano de trabalho até então. Com execução prevista para dois anos e indicadores ousados, contemplava sete eixos temáticos estratégicos: 1) acesso universal ao tratamento e assistência; 2) ações de prevenção com adolescentes e jovens; 3) combate à feminização da epidemia; 4) prevenção à transmissão vertical; 5) monitoramento e avaliação; 6) vigilância epidemiológica, qualificação da informação e produção de conhecimento; 7) fortalecimento de sistemas comunitários de intervenção e programas dirigidos às populações em condição de maior vulnerabilidade.

2010 Brasília, Brasil, surge a Rede Laços Sul-Sul Jovem

Em junho de 2010, foi realizado em Brasília um encontro com 15 adolescentes, com idades entre 15 e 24 anos e vindos de todos os países membros da Rede Laços Sul-Sul, para discutir atitudes sexuais seguras e o enfrentamento do preconceito relacionado às pessoas que vivem com HIV nas escolas e nos ambientes onde vivem e circulam. A reunião tornou-se o embrião da futura Rede Laços Sul-Sul Jovem, que assumiria um papel protagonista no encontro seguinte, realizado em Manágua, Nicarágua, em 2012.

"Como voluntário do Centro da Juventude de São Vicente, do Corpo Nacional de Voluntariado e de algumas associações que trabalham com jovens nas comunidades com o intuito de prevenir o contágio do HIV, tenho participado de várias atividades, mas de âmbito local, nas ilhas de São Vicente e na vizinha Santo Antão. Por causa da nossa descontinuidade, por sermos um arquipélago, não nos é possível estabelecer muitos contatos com os demais jovens. Há, também, o fraco engajamento de outras instituições, como a CCS-SIDA, que desde a reunião de Cochabamba não entrou em contato comigo para que juntos pudéssemos desenvolver estratégias e realizar projetos que abrangessem inúmeros jovens de todas as ilhas, pois nosso país tem uma população majoritariamente jovem (65%). Uma das soluções passa por estreitar as relações entre as entidades governamentais e a sociedade civil, nomeadamente nós, os jovens, e munir esses mesmos jovens de condições para realizarem projetos em prol da coletividade."

Alveno Carlos Brito Soares

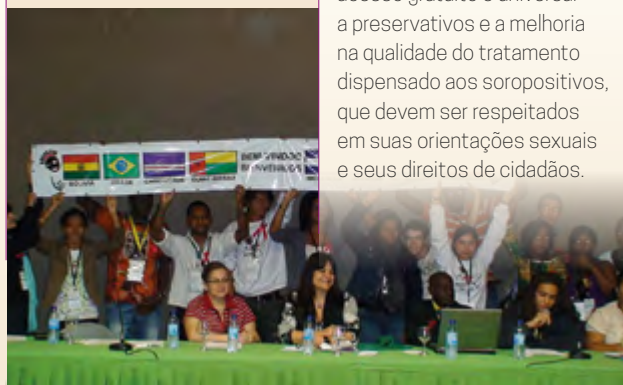
2012 Manágua, Nicarágua, protagonismo jovem

Durante a sexta reunião, foi enfatizada a necessidade de fortalecer o aspecto de cooperação horizontal entre os países. Para isso, o Brasil deixou de presidir a Secretaria Executiva da Rede, e a Bolívia foi eleita unanimemente pelo período de dois anos. Essa reunião também foi marcada pela oficialização da plena participação de representantes das Redes de Adolescentes e Jovens dos países nas sessões plenárias. Com direito a palavra e deliberação, os jovens participaram diretamente da elaboração do plano de trabalho bianual. Os cinco eixos estratégicos que nortearam a reunião foram: 1) prevenção junto a adolescentes e jovens; 2) combate à transmissão vertical do HIV; 3) acesso universal ao tratamento, assistência médica e psicológica; 4) vigilância epidemiológica constante; 5) qualificação da informação e da comunicação entre os membros da Rede Laços Sul-Sul.

2014 Cochabamba, Bolívia, a Declaração de Cochabamba

"Um povo saudável, um povo que previne suas doenças, é um povo que tem viabilidade histórica", afirmou Juan Carlos Calvimontes Camargo, ministro da Saúde e Esportes da Bolívia, na abertura da sétima reunião da Rede Laços Sul-Sul. O Dr. José Mendes, representante de Cabo Verde, destacou "a importância de conhecer as experiências de outros países, melhorar nossos protocolos, para ver se há algo que se pode avançar mais e levar a Cabo Verde a experiência dos países membros".

A reunião foi marcada pela leitura da Declaração de Cochabamba pelos representantes de adolescentes e jovens de sete países aos representantes governamentais. Na declaração, os jovens reivindicavam a necessidade de garantir a participação dos adolescentes e jovens em espaços de decisão e na formulação de políticas públicas, especialmente aquelas dirigidas a eles. Também cobravam das autoridades, entre outras 13 recomendações, o acesso gratuito e universal a preservativos e a melhoria na qualidade do tratamento dispensado aos soropositivos, que devem ser respeitados em suas orientações sexuais e seus direitos de cidadãos.



As conquistas da Rede Laços Sul-Sul

Ao longo de dez anos, foram realizadas 154 atividades relacionadas aos temas de maior relevância para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids, incluindo oficinas de capacitação, seminários, visitas técnicas, programas de estágio, etc. Essa troca de experiências dentro da Rede promoveu significativamente o fortalecimento dos seus membros e o alcance de importantes resultados e impactos tais como:

- » **REDUÇÃO NAS TAXAS** de novos casos e de mortalidade em todos os países participantes: em setembro de 2010, por exemplo, a Guiné-Bissau foi destaque em relatório publicado pelo UNAIDS, por conta da expressiva redução no quadro de novas infecções, em torno de 25% desde o início da década;
- » **FORTALECIMENTO DAS INICIATIVAS** de prevenção e tratamento de gestantes que vivem com HIV, com redução significativa da transmissão entre mães e filhos: no Paraguai, as taxas caíram de 37% na época de formação da Rede para 3% em 2013; em Cabo Verde, 67% das grávidas fizeram o teste rápido para detecção do HIV em 2007, contra apenas 13% em 2005. Na América Latina e no Caribe em geral, o número de bebês nascidos com o HIV caiu 78% entre 2001 e 2013;
- » **MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA** das pessoas que vivem com HIV, com ampliação do acesso ao tratamento com antirretrovirais: em 2004, 349 cidadãos da Guiné-Bissau tinham acesso a esses medicamentos; em 2006, o número se elevou para 814, um crescimento de 133% no acesso à medicação;
- » **PARTICIPAÇÃO CRESCENTE DA SOCIEDADE** civil e, em especial, dos jovens na formulação de políticas públicas, incluindo a criação de redes virtuais formadas por pessoas que vivem com HIV, ações de saúde sexual e reprodutiva e campanhas, nas escolas, de incentivo ao uso de preservativos.

GRÁFICO 1

Atividades realizadas 2005-2015

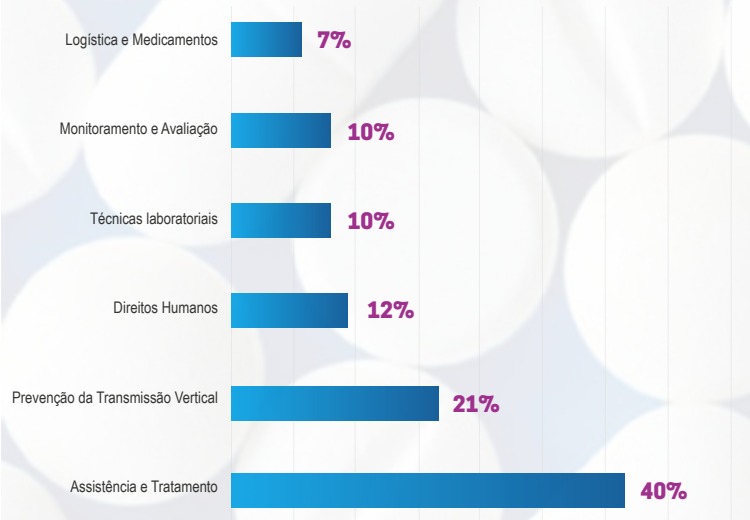
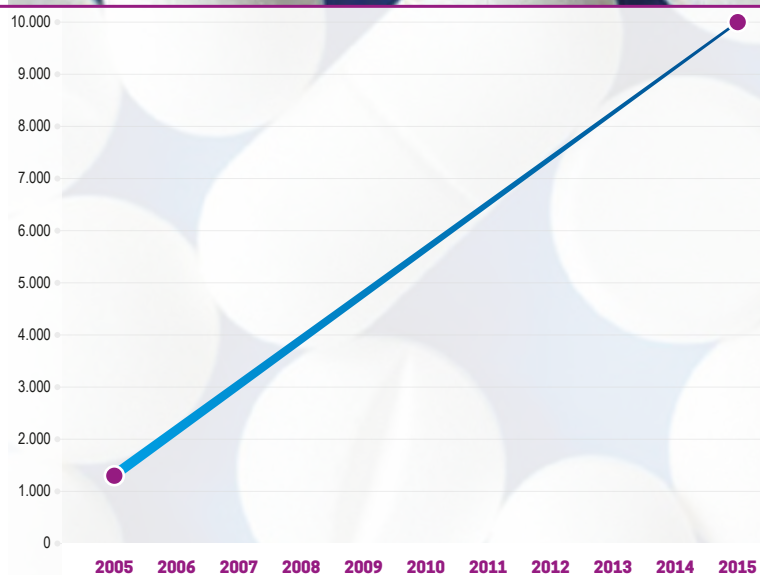


GRÁFICO 2

Série histórica da doação de medicamentos ARV



Entrevistas

Carlos Passarelli, ex-diretor do CICT. Atual Senior Adviser Treatment Advocacy – UNAIDS, Suíça.

1. QUAL É A IMPORTÂNCIA DA COOPERAÇÃO PRESTADA PELO BRASIL AOS PAÍSES DA REDE?

A iniciativa Rede Laços Sul-Sul é o desdobramento de uma ação do Ministério da Saúde que consistia na doação de medicamentos antirretrovirais produzidos pelo Brasil a países em desenvolvimento. A avaliação dessa ação mostrou a importância de uma cooperação focada em temas específicos, para os quais a doação de medicamentos serviria como um catalisador de esforços – no caso, a prevenção da transmissão vertical do HIV e o tratamento de crianças. Dessa forma, foram priorizados países com epidemias incipientes (segundo a classificação vigente da OMS) e com afinidades culturais e/ou demográficas com relação à realidade brasileira, como os países de língua portuguesa e alguns países latino-americanos com os quais o Brasil tem uma tradição de cooperação. Essa opção implica uma cooperação pautada na reciprocidade e no respeito às diferenças de cada país.

Ou seja, o Brasil não se coloca na posição de “prestador” de assistência, mas contribui com os elementos que pautaram sua resposta à epidemia: compromisso político, envolvimento da sociedade civil e produção de tecnologias e insumos. Por outro lado, os outros membros da rede contribuem entre si, trazendo suas experiências e ideias inovadoras, permitindo ao Brasil rever suas próprias políticas e ações à luz de um diálogo com nações irmãs. Dessa forma, todos os participantes da iniciativa são, num certo sentido e ao mesmo tempo, prestadores e beneficiários da cooperação.

2. QUAL É O IMPACTO NA COBERTURA DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL NESSES PAÍSES?

Eu não saberia dizer em termos de cobertura, pois não sei se temos estudos nesse sentido. O que nós observamos é que os tratamentos doados pelo Brasil ofereciam a oportunidade para os países organizarem o seu sistema logístico de medicamentos, que não compreendia somente os medicamentos doados pelo Brasil.



3. O MODELO DA INICIATIVA IMPLEMENTADA ENTRE OS ANOS 2005 E 2010 FUNCIONARIA NA ATUAL CONJUNTURA GLOBAL?

A terapia antirretroviral tem evoluído muito desde então. Hoje em dia, grande parte dos medicamentos mais utilizados, mesmo na primeira linha, não é produzida no Brasil, seja por falta de tecnologia local, seja por impedimentos legais, uma vez que muitos produtos inovadores são protegidos pelo sistema de patentes vigente. Há uma grande discussão internacional sobre a sustentabilidade dos programas de tratamento diante dos preços abusivos praticados pela indústria farmacêutica, situação que é favorecida pelas leis de propriedade intelectual. Assim, as lições aprendidas com a Rede Laços Sul-Sul mostram justamente a falácia desse sistema e que precisamos encontrar soluções coletivas para os problemas enfrentados localmente.

4. NA SUA OPINIÃO, QUE OUTROS MODELOS DE COOPERAÇÃO SUL-SUL SÃO INTERESSANTES PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS?

Como já mencionei, é preciso encontrar modalidades de cooperação que consigam dar conta da sustentabilidade em longo prazo dos programas de tratamento, ao mesmo tempo em que incorporem as novidades científicas que melhoram a qualidade do tratamento e, conseqüentemente, a vida das pessoas. Nesse sentido, toda e qualquer forma de pensamento e ação coletiva será sempre bem-vinda na solução dos problemas relacionados à saúde pública. A questão atual das migrações mostra que as fronteiras geográficas e o isolamento das nações não condizem mais com os conceitos de uma comunidade global. Se o liberalismo defende a livre circulação de mercadorias, temos que inventar outras leis de mercado para que a circulação de pessoas seja favorecida e o acesso aos bens e serviços seja também franqueado. A cooperação que funciona é aquela que favorece o acesso. Todo o resto é a manutenção da norma e do individualismo, a cultura do lucro e a perpetuação da miséria. A cooperação tem que ser a chave que abre as portas da solidariedade entre os povos. Afinal, o mundo é um só e é a nossa morada.

Pedro Chequer, ex-coordenador do Escritório do UNAIDS no Brasil

VOCÊ ACHA QUE ESTE MODELO DE COOPERAÇÃO FUNCIONA? O QUE VOCÊ MUDARIA?

Considerando o acesso aos medicamentos antirretrovirais dos países hoje, o modelo de cooperação funciona, mas é necessário diminuir a ênfase no fornecimento de ARV e aumentar a troca de experiências baseada nas capacidades instaladas nos próprios países.

É preciso que os países alcancem a autossuficiência na oferta de tratamento e sejam referência em algumas áreas temáticas, como, por exemplo, alguns países da África que já estão prestando cooperação mútua. Isso é possível por meio da construção de uma agenda conjunta, na qual os parceiros que se fortalecem compartilham suas capacidades com os países do seu entorno.

A fim de que ocorram os avanços necessários, temas estruturantes têm de ser trabalhados continuamente. Questões como acesso universal, direitos humanos, legislação e advocacy são componentes fundamentais para mudar e ampliar os mecanismos de proteção dos direitos do cidadão comum e principalmente das populações mais vulneráveis. Essa é uma agenda ainda a ser cumprida.

Outro ponto se refere ao aprofundamento da discussão sobre a ampliação da testagem e da cobertura do tratamento entre os países. As experiências do continente africano são muito ricas, e o Brasil pode aprender com essas nações, uma vez que, assim como elas, também temos muitas áreas de diversidade.

NOVAS TECNOLOGIAS

O debate científico é muito importante para validar novas tecnologias de controle da epidemia, como, por exemplo, as profilaxias pré e pós-exposição (PrEP, PEP). É preciso investir em pesquisas conjuntas nas universidades dos países, a fim de produzir e compartilhar novos conhecimentos. A cooperação Brasil-França é um modelo interessante desse tipo de cooperação.

Porém, enquanto não houver uma vacina – e mesmo se houvesse –, é necessário avaliar as questões comportamentais dentro da sociedade, num processo que envolve, fundamentalmente, direitos humanos. Este não pode ser um debate apenas da área biomédica, mas também da antropologia e sociologia. Só assim será possível a humanização do acesso e do tratamento, uma agenda que muitas vezes é esquecida.





Mark Connolly, regional de HIV/Aids do UNICEF para a América Latina e o Caribe e atual representante do UNICEF na Jamaica.

“O espírito da Rede Laços Sul-Sul foi a genuína cooperação sul-sul. As pessoas estavam morrendo nos países da Rede. O UNICEF intensificou seu papel de facilitador na cooperação com a finalidade de salvar vidas e promover os princípios dos direitos humanos. A expansão dos esforços farmacêuticos referentes aos antirretrovirais genéricos para salvar vidas e a promoção da participação genuína da juventude nas respostas nacionais contra a aids foram os grandes passos seguintes na iniciativa.

À medida que a indústria farmacêutica e o panorama mundial da aids mudavam rapidamente (por ex. financiamento maciço para o aumento da equidade entre os povos, populações e países), a Laços Sul-Sul abriu espaço para a participação dos jovens. Não apenas [uma participação] retórica e reduzida aos eventos do Dia Mundial da Aids, mas apoiando a elaboração de estratégias e as tomadas de decisão nacionais”.



A luta contra o HIV e a epidemia de aids nos países da Rede Laços Sul-Sul

BRASIL



INFRAESTRUTURA BRASILEIRA



742

Serviços de Assistência Especializada (SAE) em DST, HIV e aids



770

Unidades Dispensadoras de Medicamentos



517

Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Desde a notificação do primeiro caso de aids no país, em 1983, o Brasil tem se distinguido entre os países que enfrentam a epidemia de maneira mais inclusiva, e atualmente conta com 792 Serviços de Atenção Especializada (SAE) que atendem X pessoas em tratamento antirretroviral. O principal resultado dessa atenção aos portadores do HIV é que as mortes decorrentes da aids caíram entre 2000 e 2013 a uma taxa anual de 2,3%, acima da média global, que é de 1,5%.

Com uma média estabilizada de 37 mil novos casos entre 2002 e 2012, o país atualmente apresenta uma taxa de prevalência geral na população estimada em 0,4%. Entre algumas populações-chave, no entanto, as estimativas são bem mais elevadas: 10,5% entre homens que fazem sexo com outros homens, 5% entre usuários de drogas injetáveis e 4,9% entre profissionais femininas do sexo.

Um grupo que vem apresentando crescimento de casos é o de jovens masculinos entre 18 e 24 anos que fazem sexo com outros homens, cuja taxa de prevalência é de 4%.² Pesquisas realizadas entre jovens recrutados pelo serviço militar brasileiro, que têm entre 17 e 21 anos de idade, confirmam o crescimento da epidemia entre a população mais jovem: a taxa de prevalência do vírus entre os recrutas, que em 2002 foi de 0,09%, elevou-se para 0,12% em 2007.³

De acordo com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, **cerca de 718 mil pessoas vivem com o HIV no país, com as maiores taxas de incidência entre os anos de 2003 e 2012 recaindo sobre a faixa etária entre 30 e 39 anos**, ainda que nos últimos anos venha sendo observada uma tendência de queda

² BRASIL. Global AIDS Response Progress Reporting Narrative Report – Brazil. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 5.

³ SZWARCOWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, Supl. 1: S19-S26, 2011

nesse perfil populacional. Entre brasileiros de 40 a 49 anos, a taxa de incidência também apresenta declínio consistente. Por outro lado, foi detectado crescimento na infecção em outra faixa etária além da formada pelos jovens: a de adultos com mais de 50 anos. Outro grupo que experimenta desde 2011 um recrudescimento no número de novos casos é o formado pelos indígenas, após uma queda acentuada iniciada em 2009, mas interrompida dois anos mais tarde. Mas o índice de prevalência nessa população, de 0,3%, ainda é inferior à média nacional. Em relação ao gênero, 64,9% dos infectados eram homens e 35,1% mulheres, somando-se os casos acumulados entre 1983 e 2013.

Existem no país 724 Serviços de Assistência Especializada (SAE) em DST, HIV e aids (dados de 2012). Para a entrega de medicamentos antirretrovirais à população que faz uso dessa terapia, há cerca de 770 Unidades Dispensadoras de Medicamentos no país, além de 517 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Dotado de uma infraestrutura de atendimento capilarizada por todo o seu extenso território, o Brasil foi o terceiro país em todo o mundo (e o primeiro em desenvolvimento) a adotar a política de Tratamento como Prevenção. Dessa forma, desde dezembro de 2013 todos os cidadãos diagnosticados com o HIV são orientados a iniciar o tratamento com antirretrovirais, independentemente da contagem de células CD4 (em muitos países, adotam-se como critério para o início do tratamento com o coquetel de antirretrovirais contagens inferiores a 500/mm³). O objetivo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, diminuindo o surgimento de infecções oportunistas, bem como reduzir a possibilidade de transmissão do vírus. O Ministério da Saúde estima que, em 2014, cerca de 404 mil pessoas se encontravam sob tratamento com ARV no Brasil, com a inclusão de 100 mil novos tratamentos em 2013, o que representou um aumento de 32%.

Entre as mulheres grávidas, a prevalência do HIV é de 0,38%. A porcentagem de gestantes que fizeram o teste para detecção do vírus durante os exames pré-natais subiu de 62,3%, em 2006, para 83,5%, em 2010.⁴ Priorizando a detecção e o tratamento com ARV das grávidas soropositivas para evitar a transmissão materno-infantil, os casos caíram de 1.083, em 2002, para 475, em 2012, representando uma queda de 56%. As taxas de transmissão mãe-filho estão em torno de 4,4%, embora estejam sujeitas a diferenças regionais. Os maiores desafios para se atingir o objetivo de zerar a transmissão vertical de novos casos de HIV se encontram na região da Floresta Amazônica,

Em 2014
foram realizados
8 milhões
de testes para
detecção do vírus HIV

⁴ BRASIL. Estudo Sentinela Parturientes 2010/2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 13.

pelas dificuldades de acesso, e na baixa aderência ao tratamento em situações de extrema pobreza ou com pessoas de maior vulnerabilidade social, como no caso das grávidas dependentes de drogas.

Estima-se que 37% dos brasileiros entre 15 e 64 anos tenham feito o teste pelo menos uma vez na vida, representando 46% do total de mulheres nessa faixa etária no país e 27% dos homens.⁵ No entanto, a cobertura cai para 13% se forem considerados os indivíduos entre 15 e 49 anos de idade que tenham feito o teste HIV nos últimos 12 meses. Em 2014, foram realizados 8 milhões de testes, sendo 4,1 milhões de testes tradicionais e 3,9 milhões de testes rápidos. A utilização da metodologia de Teste Rápido está diretamente associada ao aumento do acesso ao diagnóstico do HIV, principalmente em segmentos populacionais prioritários, como gestantes, parturientes, pacientes com sintomas da aids, populações vulneráveis, populações flutuantes e moradores de rua.

A distribuição de preservativos também faz parte da política do país de combate ao HIV, abrangendo cerca de um terço da população sexualmente ativa. Entre 2011 e 2014, foram distribuídos à população cerca de 1,8 bilhão de preservativos masculinos e 19,9 milhões de preservativos femininos, sendo o Brasil o país que mais investe na distribuição gratuita de preservativos.⁶ Anualmente, o Ministério da Saúde também patrocina duas campanhas que incentivam o uso de preservativos, nos meses que precedem o carnaval e as festas juninas, eventos festivos tradicionais na Região Nordeste e no interior do país.

Em termos de financiamento, o combate ao HIV/aids representa 1,6% do orçamento geral do Ministério da Saúde, sendo o governo central responsável por 60,1% das despesas gerais com o Sistema Único de Saúde, enquanto estados e municípios respondem por 39,9% do custo.

Uma vez que a epidemia está concentrada no país, as ações de diagnóstico se voltam para testar aqueles que precisam ser testados. Em 2014, o Brasil colocou em prática a iniciativa Viva Melhor Sabendo, que envolve 52 organizações não governamentais que realizam ações de prevenção e testagem rápida por fluido oral com as populações-chave. O próximo passo é ampliar as ações desse programa para todos os serviços de saúde do país, com foco no Programa Saúde da Família e em outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre 2011 e 2014
foram distribuídos
1,8 bilhão
de preservativos
gratuitamente

⁵ BRASIL. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, pp. 67-68

⁶ Ministério da Saúde do Brasil, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais/Insumos de Prevenção (2011-2014).

ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA



Com uma população de 10,6 milhões de habitantes, o país vem apresentando desde 2004 taxas de crescimento do PIB médias de 4,9%, o que permitiu reduzir a pobreza moderada da população, de 63%, em 2002, para 45%, em 2012. Como resultado de diversos programas sociais, na última década a renda dos 40% mais pobres cresceu três vezes mais que a média do país.⁷ Apesar dos avanços, a terça parte da população que vive na zona rural segue contando com uma precária infraestrutura de serviços de saúde.

O primeiro caso notificado de aids ocorreu em 1984 e a prevalência estimada de HIV na população é de 0,15%. São cerca de 16 mil pessoas vivendo com o vírus (2013). Com o número de novos casos em acelerada expansão e uma população majoritariamente jovem, a distribuição dos novos casos de HIV pelos grupos etários aponta que 54% dos casos no país alcançam pessoas de duas faixas etárias sucessivas: entre 15 e 24 anos e entre 25 e 34 anos. Já a proporção entre os gêneros é de 1,7 homem infectado para cada mulher.⁸ A taxa de prevalência entre trabalhadoras do sexo é de 0,6%, e entre gestantes, de 0,2%. Entre a população gay, bissexual e transgênera, a taxa de prevalência média é de 12%. De acordo com dados do Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, do Ministério da Saúde, 96,5% dos novos casos se dão por transmissão sexual; 2,5%, por transmissão materno-infantil; e 1%, por transmissão sanguínea.

A incidência encontra-se bastante concentrada nas três principais cidades da Bolívia: a capital La Paz, Santa Cruz e Cochabamba, que juntas somam 71% da população e respondem por 89% das notificações, o que confere um caráter essencialmente urbano ao quadro epidemiológico. De cada cem casos notificados no país, dez provêm da zona rural e 90 das cidades. Mais de mil postos de saúde espalhados em 201 municípios, abrangendo 60% do território nacional, oferecem gratuitamente testes de HIV. Entre 2010 e 2013, houve um aumento de 60% na oferta de testes à população.

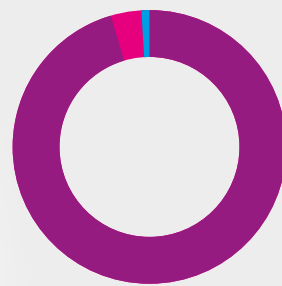
NOVOS CASOS

2,5%

transmissão
materno-infantil

1%

transmissão
sanguínea



96,5%

Fundos nacionais

⁷ Banco Mundial, 2013

⁸ Informe Nacional de Progresos en la Respuesta al Vih/Sida. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes, 2014.

RECURSOS INVESTIDOS (2010 A 2012)

48,3%

Fundos internacionais



51,7%

Fundos nacionais

A atenção ao contágio vertical vem sendo um dos principais ganhos no combate ao HIV/aids no país. Em 2003, apenas 3,9% das grávidas soropositivas recebiam tratamento com ARV para diminuir a transmissão vertical; em 2010, o índice saltou para 60,3% e, em 2013, 65,6% das gestantes soropositivas se submeteram ao tratamento. No mesmo ano, 9% dos filhos de mães soropositivas nasceram com o vírus, ante 21% em 2010.

Outro indicador relevante da atenção dada à transmissão vertical é o percentual de grávidas que realizaram provas de HIV no período pré-natal: em 2007, eram apenas 4,6%; em 2013, 69,7% das grávidas foram testadas. Em relação a adultos e crianças passíveis de se submeterem ao tratamento com ARV, em 2013 a taxa alcançava 42%, contra 7% em 2006. A retenção média do tratamento 12 meses após o início é de 73%.

Um dado preocupante diz respeito ao baixo grau de informação da população sobre as formas de contágio. Uma pesquisa nacional constatou que 52,3% dos jovens entre 15 e 24 anos identificavam erroneamente picadas de insetos como passíveis de ser transmissoras do HIV.⁹ O desenho de uma campanha de comunicação visando a mudanças de comportamento de risco dirigida à população em geral e outra específica aos homens heterossexuais, além da introdução de temas da sexualidade nos currículos escolares, foram diretrizes estabelecidas para os próximos anos.¹⁰

Em termos de financiamento, entre 2010 e 2012, 51,7% dos recursos investidos no combate ao HIV/aids vieram de fundos nacionais públicos e privados, e 48,3% de fundos internacionais, agências multilaterais e organizações não governamentais.

⁹ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA). La Paz: Ministerio de Salud y Deportes 2008, p. 269.
¹⁰ Informe Nacional de Progresos en la Respuesta al Vih/Sida. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes, 2014, p. 68

CABO VERDE



O primeiro caso de aids em Cabo Verde foi notificado em 1986, e ao longo daquela década a prevalência do vírus cresceu no país de forma mais gradual do que em outros da África Ocidental, atingindo atualmente 0,5% da população entre 15 e 49 anos¹¹. A prevalência nacional em 1989 era de 0,46%, tendo atingido 0,8% em 2005 – sendo a taxa de 1,1% entre a população masculina e 0,4% entre a feminina.¹² Já para a OMS, a prevalência do vírus na população entre 15 e 49 anos permaneceu estável entre 2005 e 2013, atingindo 0,5%.

Para se manter em situação mais vantajosa que a de outros países da África Ocidental, Cabo Verde vem aumentando os recursos próprios (43,2% do orçamento anual voltado à epidemia em 2014 foram custeados pelo governo), tendo sido citado recentemente, junto com Quênia, São Tomé e Príncipe, Suazilândia e Ilhas Comores, como exemplo de comprometimento político no combate à aids.¹³ Gozando de estabilidade política e com eleições livres desde 1991, o país abriga uma população de 499 mil habitantes, majoritariamente jovem: 60% têm menos de 25 anos. Considerado de renda média baixa, apresenta uma expectativa de vida das mais elevadas no continente: 74,8 anos.¹⁴

Podem ser observadas importantes diferenças geográficas no quadro epidemiológico do arquipélago, composto por dez ilhas, com a capital Praia apresentando uma prevalência próxima de 2%, bem acima da taxa nacional. A região de Sotavento, que inclui as ilhas de Santiago, Maio, Fogo e Brava, também se encontra bastante afetada pela epidemia, com uma taxa de prevalência estimada em 1,1%. Já na região de Barlavento, que inclui as ilhas de Santa Antão, São Vicente, São Nicolau, Sal e Boavista, registra-se uma taxa de prevalência bastante baixa, de 0,1%.

Uma preocupação das autoridades do país é com a crescente feminização da epidemia. Dos 299 novos casos reportados em 2006, 64,9% (199) foram do sexo feminino.¹⁵ Outro desafio é a proteção à população mais jovem, que representa quase metade da população total. Em 2005, um estudo revelou que somente 37,6% dos jovens de 15 a 24 anos demonstravam conhecimento adequado sobre as formas de

NOVOS CASOS (2006)

299

35,1%
homens
64,9%
mulheres

¹¹ UNAIDS 2013 Global Report. Geneva: UNAIDS, p. 47.

¹² Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II) 2005. Praia: Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2008.

¹³ Gap Report 2013. UNAIDS, Geneva, 2014, p. 16

¹⁴ United Nations Population Division, 2012

¹⁵ Vigilância do VIH em mulheres grávidas – Country Progress Report 2006/2007. Geneva: UNAIDS.

MODO DE TRANSMISSÃO DO VÍRUS HIV

80%

Relações heterossexuais

6%-7%

Drogas injetáveis

10%

Vertical

prevenir a transmissão do HIV. Por conta dessa necessidade, o país aprovou o ensino de conteúdos sobre saúde reprodutiva e doenças sexualmente transmissíveis nas escolas primárias e secundárias. Dados de 2012, consolidados no UNAIDS 2013 Global Report, apontam o sucesso de iniciativas como essa e de campanhas de conscientização feitas com a população jovem: 90,1% das mulheres e 88,9% dos homens entre 15 e 24 anos souberam apontar dois métodos eficientes para evitar a infecção pelo HIV e três ineficazes (para efeito de comparação, entre jovens no Congo, esse índice de conhecimento atingiu apenas 8,3% das mulheres e 21,9% dos homens).¹⁶

O modo de transmissão predominante no país é heterossexual (acima de 80%), sendo que a transmissão vertical é responsável por 10% dos novos casos registrados, e o uso de drogas injetáveis, por valores estimados entre 6% e 7%.

A oferta de testes anti-HIV a todas as mulheres grávidas faz parte da estratégia adotada pelo país para impedir o crescimento da epidemia. O acesso à terapia antirretroviral ainda é relativamente restrito, embora entre as grávidas a cobertura tenha passado de 31,3% para 51,5% em um ano (2006-2007). Segundo o UNAIDS 2013 Global Report, 63% das crianças nascidas de mães soropositivas também foram testadas no país, uma taxa bem acima da média do continente.¹⁷ Em 2014, 56,2% da população recebiam medicação ARV, segundo o Comitê de Coordenação do Combate à Sida. A contribuição no âmbito da Rede Laços Sul-Sul em medicamentos e preservativos, que representou cerca de 1% do orçamento entre 2006 e 2009, deve aumentar 31% em 2016, segundo o planejamento trienal do comitê.

Entre 2005 e 2009, houve um forte investimento na infraestrutura clínica voltada ao aconselhamento e testagem gratuita do HIV, que em 2014 atingia 4,6% da população total. O número de centros especializados saltou de seis para 28, incluindo algumas unidades na zona rural, até então desprovida de pessoal capacitado e acesso a medicamentos. Nos Centros de Saúde Reprodutiva, onde são feitos os exames pré-natais, a testagem do HIV em grávidas aumenta ano a ano. Em 2005 era de 13%; no ano seguinte, o número subiu para 51%; alcançou 65% em 2007; 85% em 2009; e 96,5% em 2014.¹⁸ O país já adotou a estratégia de tratamento B+ para as grávidas soropositivas e alargou o critério de contagem de CD4 de 350 para 500/mm³ para o início do tratamento com ARV.

¹⁶ UNAIDS 2013 Global Report. Geneva: UNAIDS, p. A-127.

¹⁷ UNAIDS 2013 Global Report. Geneva: UNAIDS, p. A-62

¹⁸ Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa. Brasília: CPLP/UNAIDS, 2010, p. 53.

GUINÉ-BISSAU



Primeira das colônias portuguesas a ter sua independência reconhecida, desde 1974 a Guiné-Bissau vem atravessando diversas turbulências políticas, com sucessivos golpes. Até agora, nenhum presidente eleito conseguiu completar os cinco anos de mandato previstos pela Constituição do país, um dos mais pobres do continente africano. A última dessas interrupções na ordem institucional, ocorrida entre 2012 e 2013, levou à suspensão da cooperação com os parceiros da comunidade internacional, e o país foi desligado das ações do Fundo Global para Aids, Tuberculose e Malária.

Com crescimento econômico em 2013 de 0,9%, bem abaixo dos 2,1% dos países da África ao sul do Saara, expectativa de vida média de 53/56 anos¹⁹ e com 69,3% da população de 1,7 milhão vivendo abaixo da linha da pobreza (com menos de 2 dólares por dia), a Guiné-Bissau convive com um duplo flagelo em relação à epidemia da aids: circulam no país, simultaneamente, dois tipos de vírus, o HIV-1, com prevalência na população com idade entre 15 e 49 anos estimada em 3,7%, e o HIV-2, cuja prevalência caiu de 6,4% em 2009 para 5% em 2014²⁰, mas ainda permanece em patamares extremamente elevados, acima da média da região (4,9%), a mais afetada no mundo pela epidemia.²¹

A ocorrência das duas cepas de vírus – uma com tendência de queda (o HIV-2, um tipo viral considerado menos contagioso, mas que pode ter um período de incubação de até 20 anos) e outra de ascensão (HIV-1) – vem provocando algumas inconsistências estatísticas. Dependendo da fonte, a taxa de incidência geral no país pode ser menor, de 3,3%.²²

A ordem constitucional foi restabelecida em 2014, com a realização de eleições livres e transparentes. A formação de um governo inclusivo trouxe consigo a retomada da cooperação internacional, responsável por 82% do orçamento nacional de enfrentamento à epidemia, que vem demonstrando uma tendência à diminuição de novas infecções em todas as faixas etárias após um período de crescimento contínuo entre 1990 e 1998.

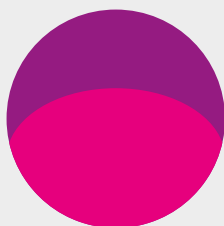
¹⁹ OMS, 2012.

²⁰ Plano Estratégico Nacional Revisto de Resposta ao Sida 2014. Bissau: Secretariado Nacional de Luta contra o Sida, 2014

²¹ UNAIDS Global Report 2012. New York: ONU, 2012, p. 4

²² Rapport d'Activité sur la Riposte Guinée-Bissau 2012. Geneva: UNAIDS, p. 8.

**POPULAÇÃO
AFETADA**



64%

jovens entre 15 e 24 anos

As populações mais afetadas são jovens com idades entre 15 e 24 anos – que representam 64% da população²³ –, mulheres entre 20 e 24 anos, profissionais do sexo, homossexuais, militares, motoristas e pescadores. Entre 2012 e 2014, houve uma redução de 20% no número de mortes relacionadas à aids.

A transmissão heterossexual é a principal via de contágio e, em 2014, 31% dos 26 mil soropositivos com necessidade de tratamento com ARV eram atendidos pelos 39 centros de saúde que fazem esse tipo de atendimento à população. Há também 119 centros de Aconselhamento e Testagem Voluntária e 109 centros de Prevenção da Transmissão Vertical.

Evitar a transmissão do vírus de mulheres grávidas para seus bebês tem sido uma das ações prioritárias do governo, coerentemente com a estratégia adotada por todos os países da Rede Laços Sul-Sul. Em 2013, 56% das grávidas soropositivas receberam ARV, a despeito da resistência observada em muitas famílias em aceitar o tratamento, por questões de natureza cultural. Em 2010, a iniciativa de prevenção alcançou 83% das grávidas soropositivas, mas caiu nos anos seguintes, quando houve falhas no fornecimento da medicação provocadas por turbulências políticas. Segundo pesquisa realizada em 2007 pelo Secretariado Nacional de Luta contra a Sida (SNLS) do país, 75% das gestantes atendidas no sistema de saúde que receberam informações durante o período pré-natal concordaram em realizar o teste de detecção do HIV, mas apenas 42% dos seus parceiros também aceitaram se submeter ao teste. E apenas dois centros de saúde são especializados na prevenção materno-infantil na Guiné-Bissau. Houve progresso no número de mulheres grávidas soropositivas sob tratamento com ARV entre 2012 e 2014, quando os índices de cobertura passaram de 34% para 62,5%. De acordo com os dados de 2014, 54.328 grávidas fizeram o teste e 1.906 completaram a profilaxia para evitar a transmissão vertical. Para o Dr. David da Silva Té, representante da Guiné-Bissau no sétimo encontro da Rede, realizado na Bolívia, a iniciativa representa um ponto de virada na história da luta contra a aids em seu país: “Para falar de um antes e depois, eu diria que, antes da Rede Laços Sul-Sul, nossa resposta nacional ao HIV era só a prevenção. A gente só fazia as campanhas de sensibilização, de diferentes formas, para prevenir a transmissão do HIV. A partir de Laços Sul-Sul, começamos a tratar as pessoas que já viviam com o vírus”.

²³ 3º Recenseamento Geral da População e Habitação (RGPH) 2009 na Guiné-Bissau. Bissau: UNFPA/Instituto Nacional de Estatística, 2009.

Um dos principais desafios para os próximos anos é a descentralização dos serviços de saúde: em 2014, por exemplo, apenas duas regiões (Bissau e Bafatá) representavam 78,5% de todos os pacientes soropositivos sob tratamento com ARV. Entre 2005 e 2006, quase 100% da cobertura do tratamento ARV foi garantida pela Rede Laços Sul-Sul, que também capacitou dezenas de médicos e enfermeiros. Nos anos seguintes, devido à dificuldade do governo local em garantir o transporte da medicação do Brasil até o continente africano, o montante da contribuição da Rede diminuiu para 10%, sendo a demanda restante suprida pelo Fundo Global.

Os principais objetivos do Plano de Ação 2015-2017 são: 1. Ampliar a testagem do vírus na população, com a participação dos funcionários dos sistemas de saúde no sentido de conscientizar toda a população sexualmente ativa a fazer o teste anti-HIV; 2. Reforçar o rastreamento familiar em casas nas quais algum membro teve diagnóstico positivo; 3. Melhorar o trabalho de prevenção e rastreio do HIV entre a população, combatendo o estigma e a discriminação, inclusive entre os profissionais de saúde. O Plano de Ação do país avalia que o quadro epidemiológico vivido pela Guiné-Bissau é agravado pela falta de autonomia socioeconômica das pessoas que vivem com HIV para satisfazer suas necessidades básicas. Dessa forma, a maioria se encontra em situação de grave insegurança alimentar e nutricional devido ao estado de pobreza dos agregados familiares, estando mais sujeita a infecções oportunistas.

Entre 2005 e 2006
quase **100%**
do tratamento
foi garantido pela
REDE LAÇOS SUL-SUL





NICARÁGUA

Durante a década de 1980, quando o HIV se espalhou pela América Latina, a Nicarágua manteve-se relativamente preservada por uma série de fatores, como os dez anos de guerra civil e o bloqueio econômico e político dos Estados Unidos. Isolada de seus vizinhos, com baixos índices de consumo de drogas injetáveis, proibição de comércio privado de sangue e vigilância sobre o comércio sexual, a Nicarágua teve seu primeiro caso documentado em 1987, no Departamento de Rivas.

Com o fim da guerra civil e a abertura das fronteiras na segunda metade da década seguinte, muitos trabalhadores civis buscaram emprego nos países vizinhos, aumentando o trânsito entre as fronteiras. O que se viu, nos anos 1990, foi um rápido crescimento dos novos casos de infecção pelo HIV. Entre 2000 e 2009, os casos saltaram de 120 para 860, revelando um crescimento exponencial de 716% em uma década.²⁴ Ainda assim, o país apresenta uma prevalência geral do vírus na população de 0,24%, que representa aproximadamente a metade da média do continente.

Alarmadas com a previsão de crescimento de 11,2% de novos casos para o ano de 2010, as autoridades de saúde do país se mobilizaram e conseguiram mais de US\$ 60 milhões do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária para um projeto de grande porte, com cinco anos de duração, que teve início naquele mesmo ano.²⁵ Com maior rapidez no processo de detecção de novas infecções, melhoria no sistema de atendimento à saúde e fornecimento de medicamentos antirretrovirais e drogas para controlar as infecções oportunistas, possibilitados pelo dinheiro proveniente do fundo e por acordos diplomáticos como o da Rede Laços Sul-Sul (o país ingressou na iniciativa no segundo ano da Rede, em 2005), as ações já começam a apresentar os primeiros resultados: a taxa de mortalidade caiu de 36%, em 1997, para 7% em 2007.²⁶

Atualmente, o padrão epidêmico na Nicarágua mostra-se bastante localizado, com altas taxas em dois estados fronteiriços a Honduras – Chinandega, na costa banhada pelo Pacífico, e a Região Autônoma

²⁴ Situación Epidemiológica del VIH y TARV Nicaragua, Año 2013. Managua: UNICEF/OPAS, 2014, p. 5.

²⁵ Management of the HIV epidemic in Nicaragua: the need to improve information systems and access to affordable diagnostics. Geneva: Bulletin of the World Health Organization, 2011, pp. 619-620

²⁶ Informes de vigilancia epidemiológica sobre VIH/SIDA/ITS. Managua: Ministerio de la Familia, La Adolescencia e Niñez, 2008. Situación Epidemiológica del VIH y TARV Nicaragua, Año 2013. Managua: UNICEF/OPAS, 2014, p. 6.

do Atlântico Norte (RAAN) –, além do distrito que abriga a capital Manágua, onde vive um terço da população do país, que é de 5,9 milhões. Nos demais distritos, a prevalência do HIV varia de média a baixa.

Na divisão entre os gêneros, o perfil epidemiológico se mostra predominantemente masculino (59% de homens e 34% de mulheres, com 7% sem registro), indicando uma relação homem-mulher de 1,74.²⁷ Mas essa relação vem se alterando: se em 1996 as mulheres respondiam por 17% dos novos casos, em 2005 já representavam 29%.

Outro grupo populacional que apresentou crescimento significativo, acima de 50% em meados da década passada, foi o de adolescentes e jovens adultos. Por isso, desde 2007 esse grupo vem sendo alcançado por diversos programas de prevenção à saúde. Apesar da redução de 13,7% na taxa de novas infecções a partir de 2012, houve um crescimento percentual da epidemia entre a população mais jovem: 27,8% dos novos casos estão localizados no grupo entre 15 e 24 anos.

A prevalência do HIV em grávidas, que em 2009 era de 0,11%, elevou-se em 2012 para 0,15%, motivando uma especial atenção à transmissão materno-infantil. O acesso de recém-nascidos e parturientes soropositivas aos medicamentos ARV foi normatizado em 2010 por meio de diversos protocolos e normativas, com o objetivo de detectar com a maior precocidade possível a ocorrência do vírus nos primeiros exames na fase pré-natal. A testagem do vírus alcança 81% das grávidas do país.

Outra aposta no combate à epidemia foi a descentralização dos serviços de saúde, na qual a Rede Laços Sul-Sul desempenhou um importante papel, prestando assistência na formação técnica dos profissionais, que passaram a atender às demandas por testes rápidos em 100% dos distritos da Nicarágua. Entre 2008 e 2012, as principais cidades do país receberam clínicas especializadas no atendimento de pessoas que vivem com HIV, nas quais podem ser feitos testes rápidos e gratuitos, provas de CD4 e testes de carga viral, além de acompanhamento das pessoas que vivem com o vírus e de suas famílias, em uma cobertura que alcança atualmente 97% do território nacional.

O intercâmbio com profissionais brasileiros, segundo relato dos representantes da Nicarágua na Rede, foi decisivo também para a adoção de boas práticas de trabalho com a população LGBT. O Plano Estratégico 2011-2015 contém diversas ações de prevenção como eixo

PREVALÊNCIA DO HIV EM GRÁVIDAS



2009 0,11%

2012 0,15%

²⁷ Situación Epidemiológica del VIH y TARV Nicaragua, Año 2013. Managua: UNICEF/OPAS, 2014, p. 6.

**UNIDADES
ESPECIALIZADAS
COM MEDICAÇÃO
ARV DISPONÍVEL**

2003



2013



central, alinhadas à orientação do UNAIDS: Zero Transmissão Vertical, Zero Discriminação e Prevenção do HIV entre adolescentes. Entretanto, ainda há desafios de ordem jurídica a vencer: a Nicarágua figura entre 45 países que possuem leis específicas restringindo ou proibindo a entrada ou permanência de pessoas que vivem com HIV.²⁸

O acesso à medicação ARV, que teve início em 2003 com apenas três unidades especializadas, se ampliou consideravelmente: em 2013 havia 42 unidades no país capacitadas a fornecer os medicamentos e orientar os 2.458 pacientes que se encontravam em tratamento, correspondendo a 63,3% dos soropositivos. A taxa de aderência também é elevada, com índices de desistência em torno de 20%, e a sobrevivência de adultos e crianças um ano após o início do tratamento passou de 72%, em 2012, para 79%, em 2013.

Entre os desafios futuros, estão o desabastecimento de medicamentos em algumas regiões; a melhoria no atendimento à população mais carente, com a construção de 38 Centros de Atenção Integral; a capacitação multidisciplinar dos profissionais que atendem nesses locais; a diminuição do tempo de espera por contraprovas; e maior apoio às famílias e pessoas que vivem com HIV.

Nas ações gerais, estão previstas intervenções que possam garantir os direitos humanos e a redução do estigma e da discriminação, a prevenção entre adolescentes vulneráveis, especialmente homossexuais, e a expansão do diagnóstico e do tratamento. Contando historicamente com uma tradição de redes de apoio vinculadas às comunidades locais, o país já experimenta forte integração interinstitucional no sentido de prevenir a violência contra mulheres, crianças e adolescentes, em um esforço liderado pelo Ministério da Família, Adolescência e Infância (MIFA) que também envolve os ministérios da Saúde, Educação e Juventude, além da Polícia Nacional e do UNICEF, da OPAS e do UNFPA.

A Nicarágua foi citada em relatório recente elaborado pelo UNAIDS, juntamente com a vizinha Costa Rica, como um dos países mais eficazes na estratégia regional de eliminação do vírus na América Latina entre crianças e adolescentes de até 14 anos de idade, com significativa redução de novas infecções.²⁹

²⁸ Global Report: UNAIDS Report on the Global Aids Epidemic 2012. UNAIDS, New York, p. 85

²⁹ UNAIDS Gap Report 2013. Geneva: UNAIDS, 2014, p. 89.

PARAGUAI



A primeira notificação de pessoa infectada com o HIV no país aconteceu em 1985. Três anos mais tarde, a Resolução Ministerial nº 38/1988 criou o Programa Nacional de Controle de Sida/ITS, vinculado ao Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social e responsável pela criação de estratégias de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis. Desde o primeiro caso notificado até agosto de 2013, o Paraguai contava com 12.564 pessoas vivendo com o HIV, das quais 3.917 haviam desenvolvido sintomas da aids.³⁰ Os dados mais atualizados, de 2014, indicam que 15.764 pessoas foram infectadas pelo vírus desde 1985.

Com uma população de 6,8 milhões de habitantes, expectativa de vida de 72 anos, renda per capita de US\$ 4.010 dólares³¹ e escolaridade média de 7,7 anos, o país vem enfrentando seus principais desafios sociais. Um deles é retirar dessa condição a população que vive abaixo da linha da pobreza: em 2009, essa situação atingia mais de um terço da população do país (35,1%), tendo caído para 23,8% em 2013.³²

O país avançou significativamente na prevenção do HIV/aids, no fortalecimento da rede de saúde, na integração dos serviços médicos e, especialmente, em relação à taxa de transmissão vertical do vírus, que despencou de 37% para 3%, resultado de uma política pública que priorizou a ampliação da testagem para HIV em mulheres grávidas. Em 2005, primeiro ano de participação do Paraguai na Rede Laços Sul-Sul, 4.400 gestantes foram testadas; em 2011, foram 75.233. O bom desempenho garantiu ao país destaque na conferência de Manágua, que reuniu, em maio de 2012, os países membros da Rede. A Dra. Zully Suarez, representante de seu país no último encontro da Rede, sintetiza em números o papel da iniciativa: “A Laços Sul-Sul é uma estratégia de grande impacto no Paraguai. Nós temos mais de 600 crianças nesses sete anos que estão saudáveis, livres do HIV”.

Segundo dados de 2013, cerca de 70% das pessoas que vivem com HIV são homens, sendo que a faixa etária mais afetada se situa entre 25 e 30 anos. Entre as mulheres, foi detectada, recentemente, uma tendência ascendente de casos na faixa etária situada entre 20 e 25 anos.³³ Em 2007, 81% dos novos casos se concentravam nas idades

PRIMEIRO CASO
1985

15.764
pessoas
infectadas

ATÉ
2014

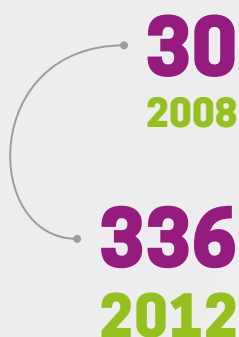
³⁰ Situación Epidemiológica Sida. Asunción: Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social, 2013, p. 10

³¹ Banco Mundial, 2012

³² Banco Mundial, 2013

³³ Situación Epidemiológica Sida. Asunción: Ministerio de Salud Pública e Bienestar Social, 2013, p. 10.

**UNIDADES DE SAÚDE QUE
REALIZAM TESTES RÁPIDOS
(HIV E SÍFILIS)**



entre 15 e 39 anos. O perfil socioeconômico também vem se alterando, observando-se um aumento proporcional de pessoas com formação acadêmica superior. A relação entre homens e mulheres vivendo com o vírus é de 1,55/1 (2010).

A prevalência do vírus na população é de 0,5%, sendo que a média estimada para a América Latina é de 0,4%, mas se eleva significativamente entre profissionais masculinos do sexo (10,7%), usuários de drogas injetáveis (9,1%) e homossexuais masculinos (8,7%). Entre as mulheres trabalhadoras do sexo, a prevalência é de 1,76%, enquanto entre grávidas é de 0,3%.³⁴ Segundo o Global Aids Response Progress Reporting 2014, a prevalência do vírus entre transgêneros trabalhadores do sexo no país alcança 26%.

Segundo as diretrizes do Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a ITS/VIH y Sida, que estabeleceu os principais objetivos entre 2008 e 2012, as populações-chave a ser alcançadas são as que vivem em situação mais vulnerável. Outro objetivo do plano é melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus por meio da ampliação de oferta de ARV. Em 2014, o número de pacientes sob tratamento antirretroviral era de 4.649, com taxa de retenção considerada elevada, situando-se acima de 85%. Dos pacientes submetidos a esses tratamentos, 85% são atendidos no Instituto de Medicina Tropical de Assunção.

O número de unidades de Saúde da Família que realizam testes rápidos para HIV e sífilis, que em 2008 era de 30, saltou para 336 em 2012. O maior acesso a testes gratuitos e campanhas de incentivo à testagem podem explicar o aumento contínuo de notificações de novos casos (de 769, em 2006, para 1.097, em 2010).

Segundo as diretrizes do Plano Estratégico de combate à epidemia, centrado nos direitos humanos e reprodutivos da população, centenas de promotores de educação preventiva de HIV facilitaram a distribuição de 1,8 milhão de preservativos nos serviços de saúde das principais cidades do país. E a conscientização parece se expandir entre a população paraguaia: em 2009, a porcentagem estimada de homens que usaram preservativo em relação anal com outro homem era de 63%; em 2012, subiu para 74%. A porcentagem de usuários de drogas injetáveis que usaram equipamentos esterilizados na última vez em que se drogaram também se elevou: em 2009 era de 71%; em 2012 avançou para 92%.³⁵

³⁴ Informe Nacional sobre los Avances Realizados en Respuesta al VIH y al SIDA en Paraguay. Asunción: Pronasida, 2012

³⁵ UNAIDS 2013 Global Report. Geneva: UNAIDS, p. 147.

Pesquisa qualitativa realizada entre 69 pessoas que vivem com o HIV no país revelou que 88% dos entrevistados já haviam sofrido ações de estigma e preconceito. Dos entrevistados, 25% consideravam-se vítimas de preconceito por parte das próprias famílias, sendo esse estigma mais presente do que o sofrido nos serviços de saúde (10%) e nas escolas (5%). Entre relatos pungentes e sofridos de pessoas obrigadas a perambular por várias cidades para fugir dos olhares preconceituosos, o relatório também traz atitudes louváveis, revelando que, se o estigma em relação às pessoas vivendo com HIV existe, o melhor antídoto é a reação destemida, como esta, relatada por um funcionário soropositivo de uma empresa paraguaia: “No meu trabalho, havia muito murmúrio entre meus colegas, até que meu chefe soube da situação, reuniu todos os funcionários da empresa e comunicou: ‘Se vocês continuarem agindo assim, serão todos despedidos. Deixem de discriminar o colega de vocês’”³⁶.

Em novembro de 2014, foi definida uma nova estratégia do país em relação à epidemia, com a adoção gradual da estratégia Tratamento 2.0, defendida pela OPAS e pelo UNAIDS. Com vigência até 2018, o plano prevê a construção de cinco novos centros de atenção, além da descentralização dos serviços oferecidos nos oito centros de atendimento especializados, com o envolvimento da sociedade civil e de funcionários da área de saúde para evitar atitudes discriminatórias e preconceituosas.

Tratamento 2.0 consiste na combinação de esforços para **desenvolver drogas mais baratas** no uso do tratamento para **melhorar a prevenção ao HIV**; na melhora do atendimento médico e dos exames aos pacientes; e num maior envolvimento de agentes comunitários para participarem do tratamento dos doentes, reduzindo a necessidade de médicos altamente qualificados e de laboratórios custosos.

³⁶ Perspectiva comunitaria sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH y SIDA en Paraguay. Asunción: Fundación Vencer/UNFPA, 2010, p. 23



SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

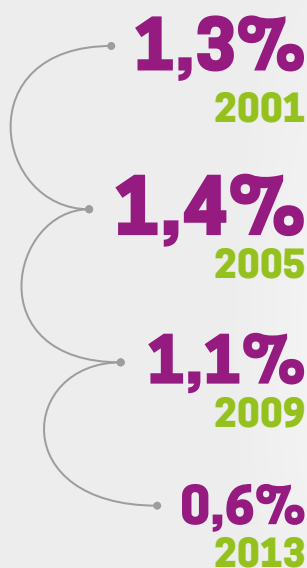
Em 1988 foi diagnosticada a primeira infecção no país, e em 1990 o primeiro caso de aids. Estudos sobre a caracterização genética do vírus no país demonstraram que o HIV-1 é o tipo de vírus presente em São Tomé e Príncipe em 99% dos casos.

Com uma população majoritariamente jovem (em 2013, 41,6% dos 193 mil habitantes do país tinham menos de 15 anos), a prevalência do vírus entre a população de 15 a 49 anos vem apresentando declínio: em 2001, era de 1,3%; em 2005, 1,4%; em 2009, 1,1%; e, em 2013, baixou para 0,6%. Um estudo sentinela de 2012 indicava uma prevalência nas mulheres grávidas de 0,3% entre estimadas 2.300 pessoas vivendo com HIV, e 100% das grávidas tendo feito o teste anti-HIV, sendo que 42% receberam ARV em 2013. O tratamento com ARV foi introduzido no país em 2005 por meio da Rede Laços Sul-Sul, possibilitando o acesso gratuito a essa medicação de todos os diagnosticados com o HIV.

A cobertura de tratamento antirretroviral no país em 2014 era de 54,9% da população, sendo ofertada em 11 centros especializados, segundo o Programa Nacional de Luta Contra a Sida do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. A Rede Laços Sul-Sul foi responsável, em 2014, por 48,2% da medicação, sendo o restante completado pela parceria Europa-África e Fundo Global. Do total gasto no combate ao HIV/aids, cerca de 20% provêm de recursos públicos.

Segundo o Inquérito Demográfico Sanitário (IDS) realizado em 2008/2009, a prevalência nacional da infecção pelo HIV é de 1,5% na população geral, e os dados epidemiológicos apontam uma estabilização no quadro, pois desde 2005 a taxa não se altera. A desagregação por sexo mostrou prevalência de 1,7% nos homens e de 1,3% nas mulheres. Os modos de transmissão se dão por via sexual em 92% dos casos, seguidos pela transmissão vertical (5% dos casos) e via sanguínea (2%). Em 4,3% dos casos, a via de transmissão é desconhecida. A incidência do HIV passou de 0,52/1.000 habitantes, em 2012, para 0,97/1.000 habitantes em 2013, e a cobertura de testagem abrange 31,8% da população.³⁷

PREVALÊNCIA DO VÍRUS ENTRE POPULAÇÃO DE 15 A 49 ANOS



³⁷ I Sumário Executivo do Programa Nacional de Luta contra a Sida. São Tomé: Centro Nacional de Endemias/Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais, 2014

A faixa etária de maior predominância de infecção por HIV é a dos 30 aos 34 anos, com uma taxa de 3,4% no total de homens e mulheres. Entre as mulheres de 15 a 49 anos, a prevalência é de 1,3%; nos homens do mesmo grupo etário, a taxa é de 1,7%.

São Tomé e Príncipe estabeleceu a estratégia Despistagem por Iniciativa dos Prestadores de Saúde (DIPS) para intensificar a coleta de exames anti-HIV, especialmente entre a população masculina, dos profissionais de saúde e adotou as novas recomendações de tratamento com os ARV (Tratamento 2.0).



