



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



46º CONSELHO DIRETOR 57ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 de setembro 2005

Tema 4.15 da agenda provisória

CD46/20 (Port.)
4 de agosto de 2005
ORIGINAL: INGLÊS

ACESSO À ASSISTÊNCIA PARA AS PESSOAS PORTADORAS DE HIV/AIDS

A finalidade deste documento é atualizar o Conselho Diretor sobre o progresso na Região no que se refere ao acesso à atenção e ao tratamento e para alcançar as metas estabelecidas pelos chefes de Estado na Cúpula Especial das Américas em 2004 e na Iniciativa “3 em 5”.

Examina-se o progresso na expansão da prevenção, atenção e tratamento na América Latina e Caribe, indicando que a meta da Cúpula Especial de tratar pelo menos 600 mil pessoas que precisam de terapia anti-retroviral até 2005 foi alcançada e ultrapassada. Praticamente todos os países aumentaram substancialmente a cobertura de tratamento desde janeiro de 2004, quando o compromisso foi anunciado.

Desde a Resolução CD45.R10 do Conselho Diretor, a OPAS intensificou seu foco nos países, com maior repercussão no plano nacional. Os recursos financeiros e humanos disponíveis à OPAS estão sendo usados no apoio técnico direto aos países para fortalecer a resposta do setor da saúde à epidemia de HIV e complementar atividades em andamento na Região. Em conformidade com a Resolução CD45.R7 sobre o Acesso aos Medicamentos adotada pelo 45º Conselho Diretor em 2004, as atividades do Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública estão sendo intensificadas em 2005.

O documento também indica os passos para avançar no cumprimento da meta de acesso universal à prevenção, atenção e tratamento abrangentes, por todos os países das Américas, inclusive uma proposta breve de um Plano Estratégico Regional 2006-2015 para o acesso universal a prevenção, atenção e tratamento abrangentes.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Propósito	3
Mandatos	3
Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM)	3
Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS) realizada em junho de 2001	3
Cúpula Especial das Américas realizada em Monterrey, Nuevo León, México	3
Iniciativa 3 em 5.....	3
Resolução CD45.R10 do 45º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	4
Outros agentes importantes	4
Fundo Global de combate à AIDS, Tuberculose e Malária	
Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Combate à AIDS (PEPFAR)	5
Princípio de três da UNAIDS	5
Banco Mundial.....	5
Banco Interamericano de Desenvolvimento	6
Progresso desde janeiro de 2004	7
Progresso na redução da lacuna de tratamento	7
Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública.....	9
Questões críticas (a realidade atrás dos números)	10
Iniquidades entre os países.....	10
Iniquidades nos países.....	10
Desafios no setor da saúde.....	12
Segmentação entre os parceiros.....	13
Questões de propriedade intelectual	14
O caminho pela frente	14
Estratégias para abordar as questões críticas: Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS/DST	14
Ação do Conselho Diretor	14

Propósito

1. A finalidade deste documento é atualizar o Comitê Executivo sobre o progresso da Região no acesso à atenção e ao tratamento e para alcançar as metas estabelecidas pelos chefes de Estado na Cúpula das Américas em 2004 e da Iniciativa 3 em 5. Também indica os passos para alcançar as metas de vários mandatos internacionais, mediante um Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS/DST, 2006-2015.

Mandatos

2. Na América Latina e Caribe (ALC) há vários mandatos no que se refere a HIV/AIDS, incluindo:

Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM)

3. Entre as metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas, o HIV/AIDS foi reconhecido como um problema específico que requer atenção especial em escala mundial. A meta 6 trata diretamente do HIV/AIDS: “Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças” e as metas 3 (Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres), 4 (Reduzir a mortalidade infantil) e 5 (Melhorar a saúde materna) também são relevantes para reduzir a morbidade e a mortalidade causadas pela infecção pelo HIV.

Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS) realizada em junho de 2001

4. Convocada pelo Secretário-Geral das Nações Unidas, que convocou todos os governos a ampliar suas respostas ao HIV/AIDS. Em setembro de 2003, uma sessão de acompanhamento foi realizada em que o progresso dos compromissos da UNGASS foi avaliado. Uma reunião de alto nível sobre HIV/AIDS da 59ª Sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas foi realizada na sede da ONU em Nova York, em 2 de junho de 2005.

5. A reunião representou uma oportunidade para realizar uma análise técnica das metas indicadas na Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS adotada pela Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS em 27 de junho de 2001. Os resultados da reunião de junho de 2005 também contribuirão para que a Cúpula das Nações Unidas a ser realizada de 14 a 16 de setembro de 2005 examine, entre outros temas, a Declaração do Milênio da ONU.

Cúpula Especial das Américas realizada em Monterrey (Nuevo León, México)

6. Realizada em janeiro de 2004, ocasião em que líderes dos governos assinaram um compromisso com a meta do tratamento universal com terapia anti-retroviral (TAR) para todos que dela precisem o mais breve possível, e pelo menos para 600.000 pessoas precisando de tratamento até a próxima Cúpula em 2005.

Iniciativa 3 em 5

7. Anunciada pela Dr. Lee Jong-wook, Diretor-Geral da OMS, no dia 22 de setembro de 2003, com o intuito de fornecer TAR a 3 milhões de pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA) em escala mundial ao final de 2005.

Resolução CD45.R10 do 45º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

8. Em apoio à ampliação dos esforços para tratar HIV/AIDS/DST dentro do contexto de uma resposta integral à epidemia.

9. A OPAS está usando as oportunidades criadas por esses mandatos para intensificar seu trabalho sobre HIV/AIDS para que os países na América Latina e Caribe possam se beneficiar plenamente desses compromissos. Também está trabalhando para harmonizar as atividades sobre HIV/AIDS nos países com a Iniciativa 3 em 5, Fundo Global e outros parceiros importantes.

Outros agentes importantes

10. O apoio da OPAS às atividades de HIV/AIDS está em harmonia com o de outros importantes parceiros ativos na região; entre eles os seguintes:

Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária

11. O Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária é o maior doador para as intervenções de HIV/AIDS na Região, com um total de 22 programas que perfazem US\$ 480 milhões, aprovado para um período de 5 anos. A experiência com programas do Fundo Global até o momento mostra uma necessidade urgente de abordar as questões de gestão e fornecer apoio técnico, administrativo e para compras.

12. A OPAS investiu mais de US\$ 750.000 para apoiar os Estados Membros na preparação de propostas que agora estão sendo financiadas e no fortalecimento dos mecanismos coordenadores nacionais. Em abril de 2005, a OPAS ajudou 12 países a preparar novas propostas para a 5ª Rodada de um seminário na República Dominicana. A experiência da OPAS com o planejamento de projetos nas quatro primeiras rodadas e a ajuda aos países com dificuldades de implementação, torna o seu papel de apoio aos países especialmente crucial neste momento. Bastante ênfase deve ser dada à preparação oportuna das avaliações da segunda fase, visto que a falta de êxito significará uma perda crítica de verbas para o país e a Região, com US\$ 283 milhões ou 59% do orçamento total atribuído a projetos da Fase 2.

Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Combate à AIDS (PEPFAR)

13. O PEPFAR é a maior iniciativa de saúde internacional jamais introduzida por uma nação para tratar de uma única doença. A OPAS colabora com o PEPFAR em seus países-alvo (Haiti e Guiana), e também trabalha estreitamente com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e outros parceiros para implementação do PEPFAR no Caribe e América Central. As áreas da colaboração incluem diminuição do estigma, suporte laboratorial, vigilância e mudança de comportamento e intervenções relacionadas à prevenção.

Princípio de três da UNAIDS

14. O cumprimento do “princípio de três” é uma prioridade-chave das Nações Unidas. O “princípio de três” representa um novo enfoque para a organização das respostas no plano nacional: uma plataforma nacional de AIDS, uma autoridade nacional de AIDS e um sistema nacional para a vigilância e avaliação. Estes princípios foram desenvolvidos para abordar a urgência, natureza, alcance e complexidades da epidemia. A aplicação desses princípios permitirá melhor coordenação e resultará na utilização ótima dos recursos limitados disponíveis para responder à epidemia. Para implantar esses princípios, a OPAS e os outros co-patrocinadores da UNAIDS se têm reunido anualmente para conjuntamente planejar as estratégias, examinar o progresso e harmonizar as atividades. Os documentos e atividades resultantes estão disponíveis em um *site* conjunto das Nações Unidas com o Grupo de Diretores Regionais para América Latina e Caribe (<http://www.hiv-regional.org/Intro.htm>)

15. A reunião mais recente foi realizada nos dias 3 e 4 de março de 2005 em Washington, D.C. Os Diretores Regionais declararam novamente seu compromisso e apoio ao “princípio de três” como uma plataforma de unificação para dinamizar as atividades no plano regional e nacional. O Grupo está comprometido a trabalhar em coordenação com líderes nacionais, parceiros multilaterais e bilaterais e outros colaboradores fundamentais para fazer o “princípio de três” passar da retórica para a ação no plano nacional. As próximas etapas para a Região incluem a preparação de uma reunião de harmonização com financiadores para juntar esforços e fortalecer o compromisso e ação nacional e regional contra a epidemia de HIV.

Banco Mundial

16. O Banco Mundial dedica atualmente mais de US\$ 260 milhões para programas de controle e prevenção do HIV/AIDS e componentes de HIV/AIDS na saúde e outros projetos na ALC (Argentina, Barbados, Brasil, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guiana, Honduras, Jamaica, México, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Trinidad e Tobago e Venezuela, assim como duas subvenções regionais para a Comunidade do Caribe/Parceria Pan-Caribenha contra a AIDS).

17. O Banco Mundial concede empréstimos e subvenções a países da América Latina e Caribe para a redução do HIV e aprovou recentemente duas subvenções para o Caribe (US\$ 9 milhões, março de 2004) e América Central (US\$ 8 milhões, março de 2005). Estas são as primeiras subvenções de alcance regional aprovadas pelo Banco Mundial para a ALC. Elas ajudarão os países a estabelecer, consolidar e coordenar com eficácia o apoio regional aos países do Caribe e da América Central em seus esforços para reduzir o impacto do HIV/AIDS. Para o Caribe, as atividades se concentrarão no desenvolvimento humano e econômico da sub-região, especialmente no contexto do movimento acelerado em direção a uma economia e mercado único caribenho. Para América Central, as atividades se concentrarão no desenvolvimento de um laboratório regional de referência, vigilância/monitoramento e avaliação, formulação de políticas e prevenção para as populações vulneráveis.

18. A OPAS trabalha estreitamente com o Banco Mundial no planejamento e capacitação relativos a estas subvenções, e é parceira no Plano Centro-Americano para Vigilância de Segunda Geração do HIV/AIDS.

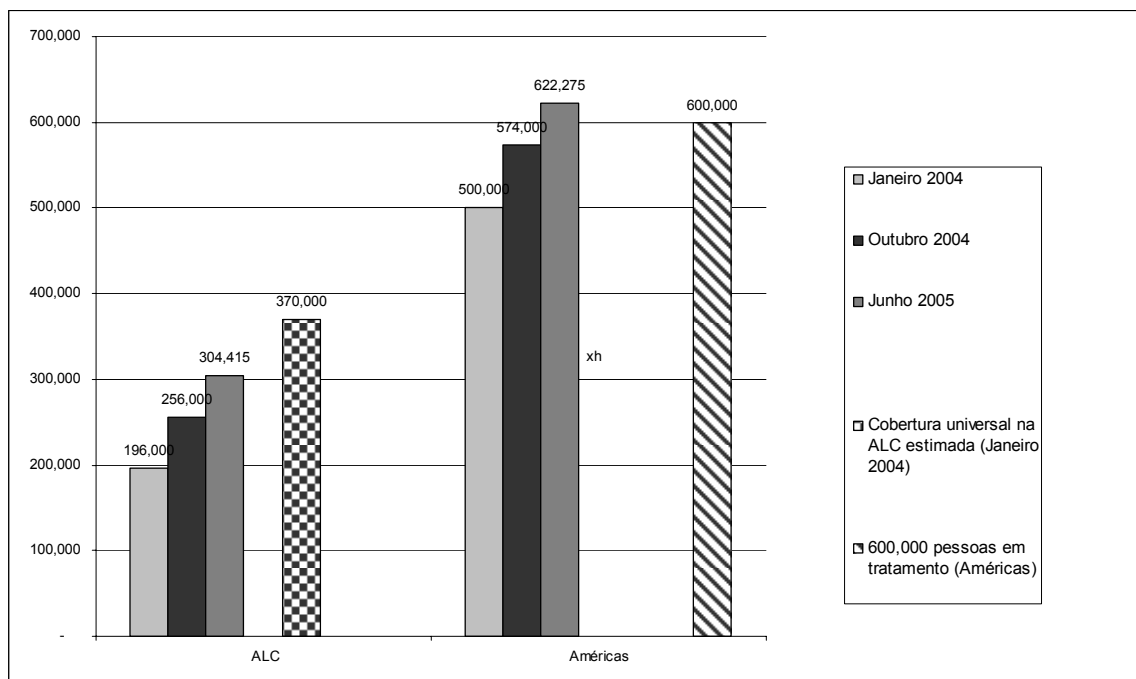
Banco Interamericano de Desenvolvimento

19. O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) tem apoiado a implementação de projetos de prevenção e tratamento em Estados Membros da Região. Recentemente, o BID aprovou uma extensão de um projeto não reembolsável no Haiti em que a atenção baseada na comunidade e a redução da transmissão do HIV pelo sangue são componentes cruciais. Na 3ª Reunião de Diretores Regionais da UNAIDS, Copatrocinadores e Secretaria (RDG) em 4 de março de 2005, o Presidente do Banco Interamericano de Desenvolvimento, Enrique Iglesias expressou a necessidade de fortalecer a resposta do setor econômico à epidemia de HIV/AIDS na Região. Isso deve ser feito mediante a promoção da participação de equipes econômicas dos setores público e privado na elaboração da resposta à epidemia de HIV/AIDS nos países e sub-regiões, por exemplo, na América Central e no contexto do Plano Puebla-Panamá. O Presidente Iglesias também manifestou o interesse do BID em reativar o subgrupo da Agenda Compartilhada sobre HIV/AIDS.

Progresso desde janeiro de 2004

Progresso na redução da lacuna de tratamento

Figura 1
Aumento da TAR nas Américas (janeiro de 2004 – junho de 2005)
e as metas de Nuevo León



20. Graças a uma captação extraordinária de recursos humanos e financeiros, incluindo os do Fundo Global, até a realização da Quarta Cúpula das Américas, será cumprida a meta de tratar 600 mil pessoas que precisam de TAR. No final de junho de 2005, o número calculado de pessoas recebendo tratamento nos Estados-Membros, incluindo Canadá e Estados Unidos, era de 622.275 (ver anexo). Praticamente todos os países aumentaram substancialmente a cobertura de tratamento desde janeiro de 2004, quando o compromisso foi anunciado. Na ALC, 108.415 novos tratamentos foram iniciados no período e o número de pessoas em tratamento subiu de 196.000 para 304.415 (ver figura 1). Este aumento firme e constante foi possível devido ao alto nível de compromisso e ação intensificada dos países na região e maior apoio de parceiros de desenvolvimento.

21. Para apoiar essas atividades, a OPAS está promovendo cinco orientações estratégicas para expandir a atenção e o tratamento de HIV/AIDS e reunindo exemplos de

experiências bem-sucedidas em cada país. Desde que o Conselho Diretor aprovou a resolução CD45.R10, o foco nos países tem sido enfatizado com maior repercussão no plano nacional. Os recursos financeiros e humanos disponíveis para a OPAS estão sendo usados para o apoio técnico direto aos países para fortalecer a resposta do setor da saúde à epidemia do HIV e atividades complementares em andamento na Região.

22. Na Reunião do Comitê Consultivo Técnico em janeiro de 2005, os países prepararam planos de trabalho para o uso dos recursos da iniciativa 3 em 5 a fim de expandir suas respostas ao HIV/AIDS e melhorar o acesso à atenção e tratamento integral para os necessitados. A OPAS está continuando a descentralizar seus recursos e assistência técnica, já que a expansão da prevenção, atenção e tratamento requer não só medicamentos e outros artigos, mas também investimentos na capacidade dos sistemas de saúde de prover tratamento de maneira eficaz e equitativa, incluindo investimentos de longo prazo em recursos humanos para saúde.

23. Os dados científicos confirmam que a prevenção, atenção e tratamento dos afetados pelo HIV/AIDS são elementos de uma resposta eficaz que se reforçam mutuamente. Assim, a prevenção é crucial na Iniciativa 3 em 5 da OPAS. Além de seus óbvios benefícios em termos de saúde, a prevenção eficaz reduzirá o número de novos pacientes que exigem atenção, diminuindo o ônus sobre a capacidade e recursos dos sistemas de saúde. Serviços sobrecarregados ameaçam a sustentabilidade dos serviços de atenção e tratamento já prestados aos que vivem com a infecção.

24. As principais áreas de intervenção da OPAS incluem teste voluntário e aconselhamento, prevenção da transmissão de mãe para filho, detecção e tratamento de co-infecção tuberculose/HIV, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, triagem do sangue e doação voluntária de sangue, educação de saúde, promoção de estilos de vida saudáveis e colaboração com outros parceiros para reduzir o estigma e a discriminação. A OPAS está se concentrando na prevenção *no setor da saúde*, incluindo a promoção de estratégias de prevenção *baseadas em dados*, focalizando a elaboração de intervenções para populações vulneráveis (adolescentes, homens que têm relações sexuais com homens, indígenas, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, prisioneiros, etc.); apoio à integração de programas de prevenção da transmissão materno-fetal nos programas de saúde materna, infantil e reprodutiva. A OPAS também colabora estreitamente com a UNAIDS para assegurar coordenação com atividades de defesa e prevenção fora dos serviços de saúde.

25. Na área de atenção e tratamento, as atividades incluem assistência aos países no desenvolvimento e implementação de planos de atenção e tratamento; compra e gestão dos medicamentos, incluindo o uso do Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública da OPAS (ver abaixo); melhoria da capacidade dos laboratórios e compartilhamento de serviços entre os países; desenvolvimento de recursos

humanos; integração das intervenções de prevenção e atenção de HIV/AIDS na atenção primária e outros serviços; monitoramento do impacto dos serviços de atenção e tratamento; maior colaboração com parceiros, incluindo PVHA e a sociedade civil; treinamento em estratégias de comunicação para incentivar as pessoas a fazer o teste; apoiar a função de liderança e gestão dos Ministérios da Saúde na coordenação da resposta a HIV/AIDS.

26. A OPAS assumiu o compromisso de trabalhar mais estreitamente com organizações comunitárias, especialmente PVHA, e uma importante ONG regional tem recebido apoio para fortalecer a capacidade das PVHA e membros comunitários no conhecimento dos tratamentos e outras questões que afetam o acesso a atenção de qualidade. A OAPS tem defendido ativamente a proteção dos direitos das PVHA. Junto com a UNAIDS e a Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos, a OPAS está organizando um seminário na Jamaica em 2005, para conscientizar as organizações de PVHA acerca de instrumentos de direitos humanos como tratados e normas no nível regional (OEA) e internacional (ONU).

Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública

27. O Fundo Estratégico, estabelecido em 2000, procura vincular os processos técnicos na gestão de provisões dos produtos estratégicos de saúde pública com a e compra de produtos. Como um instrumento da cooperação técnica, o Fundo Estratégico fortalece os processos nacionais no planejamento de compras e garantia da qualidade para as provisões de saúde pública de HIV/AIDS, tuberculose e malária, entre outros. Como um mecanismo de compra, o Fundo Estratégico permite aos membros participantes fazer uso de um fundo comum para o pagamento de compras autorizadas de produtos básicos de saúde pública.

28. Um terço dos Estados-Membros da OPAS já assinou acordos para a participação no Fundo Estratégico. Até junho de 2005, os países participantes usaram o mecanismo para comprar US\$ 24 milhões em provisões. Em 2005, Brasil e Guatemala usaram o Fundo Rotativo para comprar medicamentos para HIV/AIDS e foi proporcionado apoio técnico mediante o Fundo Estratégico para o desenvolvimento de medicamentos para HIV/AIDS e planos de diagnóstico em países da América Central, Haiti, Equador e Colômbia. Durante o primeiro seminário sub-regional do Fundo Estratégico em Honduras, em julho de 2005, os países da América Central e a República Dominicana indicaram sua intenção de usar o Fundo Estratégico no futuro.

29. O apoio técnico da OPAS na pesquisa e compra e gestão de provisões aos países participantes das principais iniciativas globais, como a Iniciativa “3 em 5” e projetos do Fundo Global, será facilitado através do Fundo Estratégico. Os principais beneficiários dos projetos financiados pelo Fundo Global também podem usar o Fundo Estratégico para

compras de produtos. O Fundo Global foi estabelecido para atrair, gerir e desembolsar recursos adicionais através de uma parceria público-privada para reduzir infecções, doença e morte.

30. A seção III do documento da Plataforma do Fundo Global enuncia que, ao tomar decisões de financiamento, este apoiará as propostas que “são compatíveis com o pacto e direito internacionais, respeitam os direitos de propriedade intelectual tais como o Acordo de Organização Mundial do Comércio sobre os Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (ADPIC) e promovem esforços para tornar medicamentos de qualidade e produtos disponíveis ao menor custo possível para os necessitados”. Observa-se que os objetivos e a finalidade do Fundo Estratégico da OPAS convergem totalmente com os do Fundo Global: como resultado, o Fundo Estratégico é visto como um mecanismo de compra ideal para os principais beneficiários das subvenções. Os principais beneficiários de projetos do Fundo Global em países da América Central também participaram no seminário do Fundo Estratégico.

31. Em conformidade com a Resolução CD45.R7 sobre o Acesso aos Medicamentos, adotada pelo 45º Conselho Diretor, em 2004, as atividades do Fundo Estratégico estão sendo intensificadas. O primeiro seminário do Fundo Estratégico na América Central será repetido nas outras sub-regiões em 2005 e 2006, concentrando-se na avaliação de planos de compra nacionais e financiados pelo Fundo Global a fim de auxiliar os países a lidar com alguns dos obstáculos administrativos e técnicos encontrados na provisão de produtos. Estão sendo desenvolvidas atividades com o apoio dos centros colaboradores da OPAS e de instituições técnicas de referência, e com o apoio contínuo do próprio Fundo Global.

Questões críticas (a realidade atrás dos números)

Iniquidades entre os países

32. A consecução da meta de tratar, pelo menos, 600 mil pessoas com o HIV nas Américas é um feito que os países podem comemorar na próxima Cúpula das Américas em Mar del Plata em 2005. Representa um passo importante para alcançar a meta maior de proporcionar TAR a todos que dela precisam na região da ALC. No entanto, para alcançar a meta da cobertura universal – a meta máxima anunciada em Nuevo León – será preciso um esforço ainda maior. Significará superar a grande lacuna de equidade entre os países mais desenvolvidos e os menos desenvolvidos.

33. Atualmente, pelo menos oito países só tratam 30% ou menos das pessoas que se encaixam nos critérios para o tratamento. Do mesmo modo, embora vários países da região tenham alcançado acesso universal, disponibilizando tratamento e serviços apropriados para todas as PVHA que visitam os serviços, a cobertura universal – tratar

todos os infectados pelo HIV que necessitam de tratamento - ainda não foi obtida na maioria dos países, devido à não detecção de pessoas que não buscam os serviços de teste e aconselhamento. Entre países, há um amplo espectro de diferenças regionais e sub-regionais, marcadas pela baixa cobertura nos países andinos, América Central e Caribe.

Iniquidades nos países

34. Os dados divulgados pelos países indicam que eles estão fazendo um grande esforço para acelerar o acesso à TAR na Região. Apesar das diferenças entre os países, em todos eles houve um aumento do número conhecido pelo sistema de saúde pública de PVHA que estão atualmente em tratamento. No entanto, com base nos dados disponíveis, é difícil avaliar, segundo características geográficas e socioeconômicas, o grau de equidade desta maior disponibilidade de serviços assim como sua adequação.

35. Na maioria dos casos, os serviços são ainda centralizados nos ambulatórios especializados localizados nas principais cidades, causando ônus econômico às PVHA que vivem em zonas remotas. Para que os serviços de atenção e tratamento atinjam as populações de uma maneira equitativa, a descentralização deve ser cuidadosamente planejada para que a qualidade da atenção não seja afetada e um médico devidamente treinado no manejo de TAR esteja sempre disponível. Devido ao grande estigma e discriminação em muitos países da ALC, as pessoas com frequência buscam serviços fora de seus próprios distritos de saúde para permanecerem anônimas. É sabido que as pessoas viajam grandes distâncias, até entre ilhas de seus próprios países e outros países, para obter atenção e tratamento para o HIV. Isto enfatiza a necessidade não apenas de medidas urgentes de reduzir o estigma como também a importância de ter serviços disponíveis em mais de uma zona geográfica.

36. A orientação sexual também afeta o acesso aos serviços na ALC. Os grupos bem-organizados de homens que têm relações sexuais com homens, em alguns países e certas áreas urbanas, tornaram-se os principais defensores do acesso ao tratamento e têm obtido bastante êxito ao pressionar os governos a adotar políticas universais de acesso. No entanto, outros grupos vulneráveis têm recebido ajuda em um grau muito menor para o acesso à informação e serviços, incluindo mulheres cujos maridos ou parceiros têm relações sexuais com outros homens e mulheres. Esta “exclusividade” de certos grupos, sobretudo do movimento gay, também significa que os que não são declaradamente homossexuais, como homens bissexuais, com frequência permanecem “ocultos” ao não revelar sua orientação sexual ou possível risco do HIV. A população de homens transexuais é especialmente afetada pelo HIV, com o correspondente estigma e discriminação tanto na comunidade como nos serviços de saúde.

37. A OPAS está atualmente testando uma metodologia, “Cara a Cara”, para orientar os serviços na Região a atingir com maior eficiência os homens que têm relações sexuais

com homens e proporcionar-lhes prevenção e atenção. “Cara a Cara” incorpora um modelo que foi testado e se mostrou eficaz para reduzir o comportamento sexual arriscado entre homens que mantêm relações sexuais com outros homens nos EUA. Por iniciativa do Programa Nacional de AIDS do México, esse modelo foi testado pela primeira vez na América Latina no México em maio de 2005. A homofobia como um dos principais obstáculos ao acesso, prevenção e atenção tem sido reconhecida oficialmente e combatida abertamente apenas em alguns países da Região, inclusive Brasil e México.

38. O gênero é um fator importante que influencia o acesso à TAR e a prática dos serviços de tratamento e atenção. Mulheres jovens e meninas são mais suscetíveis ao HIV do que os jovens do sexo masculino. Em muitos países da América Latina e Caribe a informação sobre sexo seguro e prevenção de DST não estão facilmente disponíveis às jovens. Em 2004, 36% das pessoas vivendo com o HIV na América Latina e 49% no Caribe eram mulheres. Além disso, 760 mil mulheres em idade reprodutiva estavam infectadas, o que representa o dobro do Canadá e dos Estados Unidos. Um grande número de mulheres grávidas soropositivas consultam-se em ambulatórios de atenção pré-natal, mas em muitos lugares não há serviços de teste voluntário e apoio psicológico. Em 2003, apenas 33% das mulheres grávidas na ALC tiveram acesso a serviços de Prevenção da Transmissão Materno-Fetal.

39. No entanto, avanços importantes foram obtidos em termos do acesso das mulheres ao tratamento para HIV/AIDS. No Chile, Costa Rica, Cuba e México, estima-se que a cobertura seja de aproximadamente 100% das mulheres que precisam de TAR. Os dados são limitados com respeito aos requisitos, acesso e aderência ao tratamento de uma coorte maior de mulheres, fora dos estereótipos de profissionais do sexo, mulheres com vários parceiros sexuais, usuárias de drogas e mulheres grávidas. A OPAS está colaborando estreitamente com outras iniciativas, como a Comissão Global sobre Mulheres e AIDS, para aumentar sua eficácia no trabalho com mulheres em risco, bem como outros grupos vulneráveis.

Desafios no setor da saúde

40. Além das iniquidades mencionadas anteriormente, há falta de dados sobre a qualidade dos serviços prestados e implicações a longo prazo para os sistemas de saúde das mudanças introduzidas para ampliar a atenção e o tratamento para o HIV/AIDS. Em muitos países, embora existam recursos financeiros disponíveis através dos mecanismos internacionais de financiamento para expandir a TAR, os sistemas e serviços de saúde não estão se ampliando de modo suficientemente rápido para um acesso universal à atenção e ao tratamento.

41. A integração dos serviços no nível primário da atenção é ainda muito limitada. A prestação de serviços somente nos ambulatórios especializados de HIV/AIDS é uma

barreira conhecida para o acesso à atenção, devido à persistência do estigma e discriminação contra PVHA e grupos vulneráveis. A demanda espontânea do teste e orientação, fundamental para a detecção precoce de indivíduos soropositivos, está também comprometida devido à disponibilidade limitada de serviços adequados no âmbito da comunidade com sistemas apropriados de encaminhamento a outros serviços. Os serviços essenciais de apoio, como laboratórios e farmácias, compra de medicamentos e sistema de gestão de provisões não têm se ampliado de modo suficientemente rápido para cobrir todos os aspectos da atenção dos pacientes, retardando assim o processo de ampliação. Um ônus adicional, devido à aderência inadequada aos regimes e resistência a medicamentos, já está sendo sentido na Região.

42. A expansão dos serviços para PVHA está ocorrendo dentro de um contexto de escassez de recursos humanos capacitados. Com frequência, os provedores de serviços de saúde existentes não estão equipados ou motivados para proporcionar o atendimento e tratamento integral a PVHA, são inadequados e não são distribuídos pelas áreas onde os serviços são necessários. Em várias consultas com os países observou-se falta de planejamento estratégico e processos administrativos sobre políticas, pessoal, custos e processos de credenciamento.

43. Algumas políticas fiscais implantadas pelos países impõem limitações aos Ministérios da Saúde para a contratação e retenção do pessoal necessário. Os benefícios oferecidos pelo setor da saúde pública não têm como competir com os oferecidos pelo setor privado ou até mesmo com aqueles oferecidos pelos projetos do setor público com financiamento externo. A proliferação de serviços nos setores privados com e sem fins lucrativos, que contribui para a rápida expansão e facilita o acesso à atenção para grupos populacionais específicos, torna-se um desafio devido à frágil interação com o setor de saúde pública, sistemas de encaminhamento padrão limitados e sistemas reguladores limitados para normas, protocolos e credenciamento.

44. A gestão e avaliação de programas de prevenção, atenção e tratamento é outra área frágil nos sistemas de atenção de saúde. A maioria dos países não tem sistemas padronizados para rastrear pacientes e medir os resultados de programas de HIV, incluindo o monitoramento da resistência.

Segmentação entre os parceiros

45. A segmentação entre os parceiros de desenvolvimento na área do HIV/AIDS é um obstáculo aos esforços para expandir a prevenção, atenção e tratamento. No sistema das Nações Unidas, os mandatos dos diversos organismos são com frequência esquecidos na tentativa de ajudar os países a alcançar suas metas. Isto leva a considerável sobreposição nas atividades, substituição da capacidade local por especialistas internacionais e recrutamento de especialistas locais pelos organismos internacionais. O resultado final é

um desperdício dos recursos nacionais e uma redução da capacidade de responder às necessidades locais.

46. Os esforços para planejar conjuntamente as estratégias com frequência não são implementados de forma coordenada. Apesar de se reconhecer amplamente a importância do “princípio de três”, os parceiros de desenvolvimento continuam a dar ênfase às próprias agendas, incluindo mecanismos individuais de monitoramento e avaliação. Isto é também válido para projetos patrocinados pelo Fundo Global que impôs uma estrutura bastante complexa para orientar a implementação dos projetos. A falta de recursos na maioria dos projetos para a assistência técnica significa que os países não conseguem absorver as verbas com a rapidez e eficiência necessárias. Isso e a pressão para fazer uso das verbas rapidamente e segundo calendários pré-acertados fazem com que haja pressão sobre outros organismos para ajudar, e às vezes até mesmo competir, com a provisão de apoio técnico.

Questões de propriedade intelectual

47. A repercussão dos acordos comerciais e disposições de propriedade intelectual sobre o acesso aos medicamentos de HIV/AIDS é de interesse para a OPAS e para os Estados-Membros. Embora alguns argumentem que um alto grau de proteção da propriedade intelectual ajuda a gerar verbas para a pesquisa e o desenvolvimento, estimula a indústria local e promove o comércio e o crescimento, a OPAS considera que a aplicação de disposições restritivas de propriedade intelectual em acordos comerciais terá um efeito contrário. A concorrência dos genéricos também será reduzida e a entrada dos medicamentos genéricos no mercado será protelada, diminuindo a disponibilidade dos medicamentos, aumentando seu custo e tornando-os menos acessíveis. Isto resulta em um número limitado de fontes disponíveis de produto no mercado e um custo maior para os medicamentos nos setores público e privado.

48. O 45º Conselho Diretor em 2004 instou os Estados Membros a que priorizassem o acesso aos medicamentos essenciais, continuassem a implementar uma variedade ampla de estratégias para a contenção de custos e “adaptassem a legislação nacional a fim de maximizar as flexibilidades contidas nos ADPIC e incentivar que os acordos comerciais bilaterais levem em consideração a Declaração Ministerial de Doha para o ADPIC e a Saúde Pública”. Também solicitou à OPAS que ajudasse os Estados Membros com a implementação dessas flexibilidades.

49. A OPAS defende que os países devem fazer uso integral das disposições de salvaguarda do acordo ADPIC para promover o acesso aos medicamentos na legislação nacional de propriedade intelectual e nas negociações comerciais. A OPAS está trabalhando com outras organizações das Nações Unidas para avaliar continuamente a repercussão dos acordos comerciais sobre a saúde pública e o acesso aos medicamentos

na Região; para defender, melhorar a conscientização e reforçar a capacidade em questões de propriedade intelectual, ADPIC e acordos comerciais regionais/bilaterais em vigor; e para elaborar e reexaminar as políticas nacionais de medicamentos e de propriedade intelectual e medidas reguladoras que promovem o acesso aos medicamentos.

O caminho pela frente

Estratégias para abordar as questões críticas: Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS/DST 2006-2015

50. Na sua 39ª sessão o Subcomitê de Planejamento e Programação, em março de 2005, solicitou que a OPAS elaborasse um Plano Regional de HIV/AIDS/DST 2006-2015 para ajudar os países a ampliar a prevenção, atenção e tratamento abrangentes, a fim de alcançar a meta do acesso universal para PVHA. O Plano Regional visa a ampliar os esforços nacionais e regionais para deter e reverter a epidemia de HIV/AIDS, em conformidade com as Metas de Desenvolvimento do Milênio, compromissos selecionados da UNGASS e Iniciativa 3 em 5. O Anexo apresenta um esquema detalhado no documento.

51. Formou-se uma pequena Equipe Executiva, consistindo de membros do Comitê Técnico Assessor, países com experiências bem-sucedidas de controle do HIV/AIDS (Costa Rica, Brasil e Bahamas), um representante de PVHA, parceiros de desenvolvimento (Canadá, Espanha e EUA) e representantes da Equipe Essencial 3 em 5 da OPAS, para discutir o desenvolvimento do Plano Estratégico. Em sua reunião de 3 de junho de 2005 a Equipe Executiva identificou o alcance e cronograma do Plano, bem como a participação dos países no processo inicial de planejamento. Reuniu-se novamente para examinar a versão final e propor as próximas ações antes da reunião do Conselho Diretor no final de setembro.

52. O Plano focaliza o fortalecimento da resposta do setor da saúde ao HIV/AIDS em todos os países das Américas. Visa a melhorar a sinergia entre parceiros, expandir a cooperação técnica entre países e ampliar o planejamento, programação e monitoração conjuntos. Consiste de uma análise da situação atual, incluindo informação epidemiológica, um exame ambiental e projeções sobre a situação da epidemia em 2015 em cada sub-região da ALC.

53. Os principais componentes são a prevenção focalizada nos grupos vulneráveis e atividades de divulgação, sistemas e serviços de saúde (serviços de prevenção, atenção e tratamento de HIV/AIDS baseados no paciente) e gestão da informação em apoio à monitoração e avaliação. Nessas áreas detalham-se estratégias essenciais, metas mensuráveis e marcos. Lições aprendidas, lacunas e desafios foram identificados e

usados para informar a formulação de estratégias e recomendações. Apresenta-se também o manejo e custo do Plano. Um anexo do Plano Estratégico apresenta um plano de trabalho 2006-2007, com custo, num formato de quadro lógico, em conformidade com o orçamento por programas 2006-2007.

54. A elaboração do Plano Regional tem sido um processo incluyente, envolvendo contribuições dos Estados Membros da OPAS. Os países membros e parceiros de desenvolvimento foram consultados acerca de suas perspectivas sobre a vantagem comparativa da OPAS em termos de HIV/AIDS, e essa informação contribuiu para elaborar o Plano Regional. Também foram formados grupos de trabalho interprogramáticos na OPAS para desenvolver cada um desses componentes.

55. Após a aprovação pelo Conselho Diretor, o Escritório Regional da OPAS dará apoio ao desenvolvimento de atividades nos países. Os países receberão ajuda para desenvolver suas próprias metas e marcos, dentro das amplas diretrizes do Plano Regional e no contexto de seus planos nacionais de HIV/AIDS. As metas regionais devem ser *coerentes* com os planos dos países, para ajudá-los a atingir os objetivos de 2015 de modo mais estratégico e focalizado. Um elemento crucial do Plano Regional é a necessidade de ter sempre em mente os componentes dos Estados Membros, principalmente as pessoas já afetadas pelo HIV/AIDS ou com risco significativo de serem afetadas. A cada dia mais de 350 pessoas morrem na ALC, e 400 pessoas em toda a Região, de HIV/AIDS.

Ação do Conselho Diretor

56. O Conselho Diretor é solicitado a observar o relatório.

Anexo

Anexo: COBERTURA ANTI-RETROVIRAL NA REGIÃO DAS AMÉRICAS (junho de 2005)

País	PVHA	Número estimado de pessoas 15–49 anos que precisam de terapia ARV	Número notificado de pessoas que recebem terapia ARV	Com ART	Com ART	Com ART	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO 2004	
Região das Américas	Dez-03	2004	Junho–Dezembro 2004	Jul-04	Mar-05	Mai-05	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO
Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: OPS-PWRs/NAP	Fonte: OPS-PWRs/NAP	Fonte: OPS-PWRs/NAP	Estimativa baixa	Estimativa alta
Anguilla	2 004			3	3	3		
Antígua e Barbuda	702	...	...	30	38	38	...	...
Argentina	130 000	35 500	29 515	25 131	29 417	29 600	30 000	33 000
Aruba	1 206			49	49	49		
Bahamas	5 600			1 884	1 884	1 884		
Barbados	2 500	<1 000	333	333	483	499		<500
Belize	3 600	<1 000	178	146	146	180		<200
Bermuda	709			114	114	114		
Bolívia	4 900	<1 000	130	130	150	210		<200
Brasil	660 000	179 000	154 000	154 000	158 000	161 000	151 000	157 000
Ilhas Virgens Britânicas	219			13	16	16		
Canadá	56 000	25 000		20 000	20 000	20 000		
Ilhas Cayman	51			20	20	20		
Chile	30 000	5 750	7 413	5 900	5 900	5 900	8 000	10 000
Colômbia	180 000	25 000	12 000	12 000	12 000	14 000	11 000	13 000
Costa Rica	12 000	3 150	1 850	1 850	2 000	1 947	2 000	2 500
Cuba	3 300	1 350	1 585	1 295	1 873	1 918	1 500	2 000
Dominica	135	...	5	5	13	13		<200
República Dominicana	50 024	15 500	1 011	500	1 291	1 419	900	1 100

Anexo: COBERTURA ANTI-RETROVIRAL NA REGIÃO DAS AMÉRICAS (junho de 2005) (cont.)

País	PVHA	Número estimado de pessoas 15–49 anos que precisam de terapia ARV	Número notificado de pessoas que recebem terapia ARV	Com ART	Com ART	Com ART	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO 2004	
							Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO
Região das Américas	Dez-03	2004	Junho–Dezembro 2004f	Jul-04	Mar-05	Mai-05	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO
Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: OPS-PWRs/NAP	Fonte: OPS-PWRs/NAP	Fonte: OPS-PWRs/NAP	Estimativa baixa	Estimativa alta
Equador	21 000	3 550	1 000	520	700	826	1 000	1 500
El Salvador	29 000	5 100	1 515	1 515	2 300	2 083	1 500	2 000
Territórios franceses	...			...	...	...
Granada	439			19	19	19		
Guatemala	79 000	13 500	3 617	3 617	3 617	4 193	3 500	4 500
Guiana	18 000	1 900	469	480	600	600		<1 000
Haiti	280 000	42 500	2 829	1 370	3 700	5 329	3 000	4 000
Honduras	63 000	9 450	2 312	2 312	3 035	3 222	2 500	3 000
Jamaica	22 000	2 600	500	500	1 531	1 348		<1 000
México	160 000	39 500	28 600	24 320	30 000	30 000	26 000	32 000
Montserrat	40			0	0	0		
Antilhas Holandesas	2 005			230	354	354		
Nicarágua	6 400	1 000	33	30	73	120		<200
Panamá	21 500	1 850	1 873	1 997	2 240	2 367	1 500	2 000
Paraguai	18 000	1 950	300	217	420	435		<500
Peru	82 000	11 000	2 000	2 000	4 220	5 200	2 000	2 500
Porto Rico					12 731	12 731		
São Cristóvão e Névis	359	...	24	24	24	24		<200
Santa Lúcia	2 541	...	20	20	20	20		<200

Anexo: COBERTURA ANTI-RETROVIRAL NA REGIÃO DAS AMÉRICAS (junho de 2005) (cont.)

País	PVHA	Número estimado de pessoas 15–49 anos que recebem terapia ARV	Número notificado de pessoas que recebem terapia ARV	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV			Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV	
				Com ART	Com ART	Com ART	Fonte: UNAIDS/PAHO 2004	
Região das Américas	Dez-03	2004	Junho–Dezembro 2004	Jul-04	Mar-05	Mai-05	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO	Número estimado de pessoas que recebem terapia ARV Fonte: UNAIDS/PAHO
Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: UNAIDS / WHO	Fonte: OPS-PWRs/NAP	Fonte: OPS-PWRs/NAP	Fonte: OPS-PWRs/NAP	Estimativa baixa	estimativa alta
São Vicente e Granadinas	527	...	32	32	32	32		<200
Suriname	5 200	<1 000	220	220	251	281		<200
Trinidad e Tobago	29 000	4 700	784	784	855	1 498		<1 000
Turks e Caicos	373			75	75	75		
EUA	950 000	451 000		298 000	298 000	298 000		
Uruguai	6 300	1 450	1 400	838	929	980	1 500	2 000
Venezuela	58 000	18 000	9 525	9 525	15 000	13 728	8 500	10 000
Total	2,997,634	899,300	265,073	572,048	614,123	622,275		
