



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

HELMER DINIS SEQUEIRA

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO EM PACIENTES HIV/AIDS E A COOPERAÇÃO DO BRASIL E PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (PALOP)

Brasília, maio de 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

HELMER DINIS SEQUEIRA

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO EM PACIENTES HIV/AIDS E A COOPERAÇÃO DO BRASIL E PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (PALOP)

BRASÍLIA, 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO EM PACIENTES HIV/AIDS E A
COOPERAÇÃO DO BRASIL E PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (PALOP)

HELMER DINIS SEQUEIRA

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo
programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília

Orientador: Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves

Brasília, 2015

Sequeira, Helmer Dinis

As Políticas de Saúde na Prevenção e Tratamento em Pacientes HIV/AIDS e a Cooperação do Brasil e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa–(PALOP)

Brasília, 2015

114 p.: il.

Dissertação de mestrado. Ciências da Saúde (PPGCS). Universidade de Brasília (UnB) – Brasil

1. Política Internacional Brasileira em Saúde 2.Cooperação técnica Sul-Sul em Saúde 3.HIV/AID; Prevenção 4.Tratamento 5.PALOP 6.CPLP 7.Relações Diplomáticas.

II. Título

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias dessa dissertação e emprestar ou vender tais cópias, somente para propósito acadêmicos e científicos. O autor (a) reserva os outros direitos de publicação e nenhuma parte dessa dissertação pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do (a) autor (a).

Helmer Dinis Sequeira

HELMER DINIS SEQUEIRA

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO EM PACIENTES HIV/AIDS E A COOPERAÇÃO DO BRASIL E PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (PALOP)

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor. Elioenai Dornelles Alves (presidente)

Universidade de Brasília (UnB)_____

Professor Doutor. Pedro Sadi Monteiro

Universidade de Brasília (UnB)_____

Professor Doutor. Felipe Silva Bellucci

Universidade de Brasília (UnB) e

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação _____

Professora Doutora. Solange Baraldi (suplente)

Universidade de Brasília (UnB)_____

Aprovado em 29 de maio de 2015

AGRADECIMENTOS

Deus, eu agradeço muito pelo dom da vida e sabedoria que me deu.

A minha querida e amada família, pelo apoio e pelo carinho dado não apenas nessa caminhada estudantil e acadêmica, mas ao longo de toda a minha vida.

Ao meu digníssimo orientador que sempre tem me apoiado mesmo em situação de extrema doença, dor e sofrimento, mas que nunca abandonou-me no caminho Professor Dr. Elioenai Dornelles Alves, meu muito obrigado por tudo que tem feito por mim!

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília-UnB, por ter me recebido no Curso de Mestrado, para que eu pudesse avançar nos meus estudos acadêmicos. A CAPES que financiou meus estudos, contemplando-me com uma Bolsa de estudos durante esta caminhada no curso de Mestrado acadêmico em Ciências da Saúde.

Aos professores, pesquisadores e funcionários da Faculdade de Ciências da Saúde, por toda a boa-vontade em prestar auxílio no acesso aos recursos, principalmente material bibliográfico. Em especial, agradeço aos professores Pedro Sadi Monteiro, uma pessoa muito especial na minha vida acadêmica, Edgar M. Hamann, Daniela F. Barros Pessoa, Ana Beatriz, Rejena, Solange Baraldi, Pamela, Dr. Felix (OPAS); que foram sempre tão competentes e atenciosos. Aos funcionários e colegas da UnB, Jaqueline A. Sousa, Eidgreice, Ingrid, Alessandra F. Varelo, Francisco Sacramento, Paulinho e Luzinete, Antônio (Toninho o Bacana) tão prestimosamente atenderam às minhas solicitações das documentações e cópia.

A todos os colegas e professores de várias disciplinas do mestrado e doutorado, pelas ideias e sugestões que foram um ponto de partida indispensável. Aos meus tios Maria de Fátima Ramalho, Paulo Sanca, Teresa Nancassa, Antônio Dinis Sequeira. Meus irmãos Mouamar Dinis Sequeira, Evilisia Fernando Sanca, aos meus queridos primos Danilson Ramalho, Melvim Menny, Milton Naicaran, Heldrino Jutyminga, Heldomiro Correia, e amigos: Onésimos Cardoso Soares, João Carlos (Dy), Júlio Nandenha, Pedro Pamante, Nicolacia Barai, Waleska M.S. Barros, Vilma M.L. Mendonça, Mária Teresa Sá Lé e estudantes africanos e brasileiros de Graduação e Pós-Graduação, que permaneceram na torcida pelo sucesso desta minha trajetória. Agradeço também Abrão Rodrigues Neto, pelas sugestões ao trabalho na fase de revisão.

Aos meus pais Manuel Dinis Sequeira e Alda Nancassa, Mária de Fátima Ramalho da Silva. Estas duas mulheres que são muito fundamentais na minha vida.

Efraim Paráclito Moreira Dinis Sequeira, eu agradeço a Deus por ser filho maravilhoso e agradável que você é, e por sempre chamar-me de Pai. Que tanta honra por isso filho amado. Vânia Moreira de Freitas, pelo filho que gerou para mim!

Aos avôs do meu filho, senhor Olímpio Dias de Freitas e Dona Ana Moreira de Freitas, que sempre tiveram muito amor e paciência de cuidarem do meu filho.

Nitcha, sito você e sem saber como posicionar-me perante o fato e a situação!

Aos tios de Efraim Paráclito, Vantuil M. Freitas, José Antônio de Freitas, Luciana. Os Primos, Aldinha, Emerson, Luísa, Rebeca; Talita e Timóteo.

In memoria: Avó Linda da Silva “Bansai”, di djí...

Pelo cuidado, amor, carinho e sabedoria que tem nos ensinado. Saudades que aperta e invade ao meu ser Helmer Dinis, assim também de Danilson Ramalho; Melvim Menny; Milton Naicaran e das filhas Mária de Fátima (Titia) e Alda (Dantchy) e...

(“Dany, n’halúhi; Capalú, i lempy, ah tity; Menny, bini di nóri; Tó, n’dji di kot ú kot!!!”)

“Um sábio não fala tudo o que pensa, mas pensa em tudo que fala”!

“Si vis pace para bellum”!

RESUMO

O presente trabalho analisa os esforços que foram feitos no desenvolvimento da política de cooperação técnica internacional na área da saúde, desenvolvidas entre os governos do Brasil e os dos países africanos, especialmente, os que têm o Português como Língua Oficial (PALOP). Apesar da existência de cooperação ao longo dos anos, e que se consolidou apenas no ano de 2003, no governo do presidente Luiz Inácio Lula, fato que, o período é considerado relevante em termos de cooperação entre o Brasil e esses países africanos. E, por conseguinte, questiona-se dentro desta pesquisa qual desses países do PALOP apresenta maior incidência de casos de HIV/AIDS no período entre 2003 e 2014? Para concretização desta pesquisa utiliza-se uma metodologia de natureza qualiquantitativa com destaque para pesquisa exploratória e documental. Os principais resultados aponta que a República de Moçambique obteve a maior causa da incidência (aproximadamente 11% da população total), em quanto que a República da Guiné-Bissau configurou-se na segunda posição em termo das incidências com a prevalência de quase 5% da população total. E conclui-se que existem carência no que se refere disponibilização dos dados que possam determinar os números exatos das pessoas portadoras de Síndrome da imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Palavras-chave: Política Internacional Brasileira em Saúde; Cooperação técnica Sul-Sul em Saúde; HIV/AIDS; Prevenção; Tratamento; PALOP; CPLP, Relações Diplomáticas.

ABSTRACT

O presente trabalho analisa os esforços que foram feitos no desenvolvimento da política de cooperação técnica internacional na área da saúde, desenvolvidas entre o governo do Brasil e os dos países africanos, especialmente, os que têm o Português como Língua Oficial (PALOP). Apesar da existência de cooperação ao longo dos anos, e que se consolidou apenas no ano de 2003, no governo do presidente Luiz Inácio Lula, fato que, o período é considerado relevante em termos de cooperação entre o Brasil e esses países africanos. E, por conseguinte, questiona-se dentro desta pesquisa qual desses países do PALOP apresenta maior incidência de casos de HIV/AIDS no período entre 2003 e 2014? Para concretização desta pesquisa utiliza-se uma metodologia de natureza qualiquantitativa com destaque para pesquisa exploratória e documental. Os principais resultados aponta que a República de Moçambique obteve a maior causa da incidência (aproximadamente 11% da população total), em quanto que a República da Guiné-Bissau configurou-se na segunda posição em termo das incidências com a prevalência de quase 4% da população total. E conclui-se que existem carências no que se refere disponibilização dos dados que possam determinar os números exatos das pessoas portadoras de Síndrome da imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Keywords: Brazilian International Health Policy in; South-South Technical Cooperation in Health; HIV / AIDS prevention and treatment; PALOP; CPLP, Diplomatic Relations.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Demanda e situação distributiva de profissionais de saúde nos PALOP e na África.....	61
Tabela 2 Indicadores relativos ao acesso ao tratamento e atenção a pessoas vivendo com HIV/AIDS	74
Tabela 3 Percentagem da população entre 15 – 25 anos, segundo conhecimento, atitudes e práticas em relação ao HIV.....	74
Tabela 4 Prevalência do HIV entre profissionais do sexo, segundo idade e local de residência (%) em 2007.....	82
Tabela 5 abaixo mostra o número e a percentagem de pessoas numa fase avançada da infecção por HIV/AIDS que receberam a Terapia Antirretroviral em 2006/2007	83
Tabela 6 Número de mulheres grávidas infectadas pelo HIV que receberam antirretrovirais na Guiné-Bissau, entre 2006/2007	83
Tabela 7 Percentagem de mulheres grávidas que foram testadas para o HIV/AIDS, referente ao número total das mulheres que se apresentou aos serviços de saúde para a primeira consulta pré-natal na Guiné Bissau em 2007	83
Tabela 8 Taxas de prevalência (%) estimadas entre mulheres gestantes (15-49 anos) por província, região e média nacional para 2001-2007, baseado no novo modelo EPP.....	84
Tabela 9 Taxas de prevalência de HIV entre mulheres grávidas 15-24 anos que frequentam Clínica de Pré-Natal em Moçambique entre 2000 a 2007 (%).....	85
Tabela 10 Percentual das crianças órfãs susceptíveis à vulnerabilidade em São Tomé e Príncipe ...	96
Tabela 11 Conhecimento HIV/AIDS e formas de transmissão do HIV entre taxistas, soldados e homens que fazem sexo com homens em Timor-Leste	99
Tabela 12 Progressos quanto ao acesso universal à prevenção do HIV e ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS.....	100

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Densidade dos profissionais de saúde nos PALOP e nos países da África	62
Gráfico 2 Número de casos de HIV no Brasil em gestantes esperados e notificados segundo região de residência em 2012	76
Gráfico 3 A taxa de detecção de HIV no Brasil, em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) segundo Unidade da Federação 2012.....	77
Gráfico 4 Casos acumulados de HIV notificados por sexo Cabo Verde, 1987-2006	80
Gráfico 5 Número de mulheres grávidas HIV+ que receberam profilaxia antirretroviral e percentagem total de mulheres grávidas VIH+, (Estimativa), Moçambique (2002 a 2007).....	86
Gráfico 6 Fontes financeiras para a resposta ao HIV/AIDS em Moçambique (2003-2008)	87
Gráfico 7 Distribuição em média dos gastos por área temática entre 2004 a 2006 em Moçambique .	88
Gráfico 8 Casos de AIDS em mulheres e homens com idades entre 15 e 24 anos (por ano de diagnóstico) – Portugal, nos anos de 1996 a 2007	89
Gráfico 9 Infecção por HIV/AIDS e Óbitos no Hospital São João, Cidade de Porto, 1985-2006	90
Gráfico 10 Modos de transmissão do HIV mais frequentes. Percentagem estimada com base em casos notificados entre 2006 e 2007 em Portugal.....	90
Gráfico 11 apresenta a percentagem de usuários de drogas injetáveis que identificam corretamente os modos de transmissão do HIV, e que rejeitam declarações equivocadas sobre esses modos de transmissão do HIV em Portugal no ano de 2007	91
Gráfico 12 Apresenta as etapas da resposta portuguesa ao HIV/AIDS desde o ano de 1983 a 2007	92
Gráfico 13 As despesas com terapia antirretroviral em Portugal entre ano de 1995 a 2007 avaliados em Euros	92
Gráfico 14 Taxa de prevalência em mulheres gestantes em São Tomé e Príncipe entre 2001 e 2005	93
Gráfico 15 Evolução dos casos de HIV/AIDS por sexo em São Tomé e Príncipe de 1990 a 2008	94
Gráfico 16 Números de óbitos por AIDS em São Tomé e Príncipe entre 2005 a 2008	94
Gráfico 17 Os principais modos de transmissão por HIV em São Tomé e Príncipe entre 2006/2007 .	95

Gráfico 18 Casos de HIV/AIDS notificados e número de casos acumulado entre 2004, 2006 e 2007 em Timor Leste.....	97
Gráfico 19 Número de casos de HIV/AIDS notificados por sexo em Timor Leste 2007	97
Gráfico 20 Mostra o número de casos de HIV/AIDS notificados por faixa etária em 2007	98
Gráfico 21 Conhecimento do HIV/AIDS e uso de preservativos entre mulheres profissionais de sexo em Dili – Timor-Leste, no ano de 2003	98
Gráfico 22 Distribuição dos projetos entre os países de língua portuguesa na África	101
Gráfico 23 Distribuição das atividades e projetos de cooperação na África.....	102
Gráfico 24 Porcentagem de atividade de cooperação brasileira por países na África	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARV – Antirretrovirais

AVC – Acidente vascular cerebral

AZT – Zidovudine, Retrovir ou Azidotimidina

BLH – Bancos de Leite Humano

CATV – Centros de Aconselhamento e Testagem Voluntária

CGPD – Coordenação Geral de Cooperação Técnica Entre Países em Desenvolvimento

CMSV – Câmara Municipal de São Vicente

CNCS – Conselho Nacional de Combate à AIDS

CNLCSGE – Comissão Nacional de Luta Contra a AIDS e as Grandes Endemias

COOPEX – Assessoria de Cooperação Externa

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CPT – Consumer Project on Technology

CT – Cooperação Técnica

CSSS – Cooperação Sul-Sul em Saúde

CTHSSS – Cooperação Técnica Horizontal Sul-Sul em Saúde

CTPD – Cooperação Técnica com Países em Desenvolvimento

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DATASUS – Departamento de Informática do SUS/MS

EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária

ENSP – Escolas Nacionais de Saúde Públicas

EPS – Escolas Politécnicas de Saúde

EPSJV/Fiocruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

FARMANGUINHOS – Instituto de Tecnologia de Fármacos

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FRELIMO – Frente de Libertação de Moçambique

FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

GCTH – Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS,

GH – Geminação de Hospitais

HAART – Highly Active Antirretroviral Therapy / Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem Sexo com outros Homens

IANPHI (sigla em inglês) – Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública

IB – Iniciativa de Bamako

IBEGE – Instituto Brasileira de Geografia e Estatística

ICICT/Fiocruz – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

IEC – Informação, Educação e Comunicação

IFF/Fiocruz – Instituto Fernandes Figueira

IMCA – Instituto da Mulher, Criança e Adolescente

INASA – Instituto Nacional de Saúde

INS – Instituto Nacional de Saúde de Moçambique

INSP – Institutos Nacionais de Saúde

IOC – Instituto Oswaldo Cruz

IPEC/Fiocruz - Instituto de Pesquisa Clínicas Evandro Chagas

IRA – Infecções Respiratórias Agudas

LCS – Luta Contra Sida

LNSP – Laboratório Nacional de Saúde Pública

LSS – Laços Sul-Sul

MAP – Programa Multinacional contra o AIDS

MISAU – Ministério da Saúde de Moçambique

MRE – Ministério das Relações Exteriores

MS – Ministério da Saúde do Brasil

MSGB – Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OGE – Orçamento Geral do Estado

OI – Organismos Internacionais

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PALI – Países Africanos de Língua Inglesa

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PANs – Plano Estratégico Nacional

PARPA – Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta

PEB – Política Externa Brasileira

PEN – Plano Estratégico Nacional

PEC-G – Programa Estudante Convênio de Graduação

PEC-PG – Programa Estudante Convênio de Pós-Graduação

PECS – Plano Estratégica de Cooperação em Saúde

PECS/CPLP – Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP

PEI – Política Externa Independente

PEP – Profilaxia Pós-Exposição ou PREP – Profilaxia Pré-Exposição

PNLS – Planos Nacionais de Luta contra a SIDA

PNUD – Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento

PEPFAR – President's Emergency Plan for AIDS Relief of the United States

PTMF – Programa de Prevenção e Transmissão do HIV/AIDS de Mãe para Filho

PTV – Prevenção da Transmissão Vertical

PVVIH ou PVHIV – Pessoas Vivendo com o HIV/AIDS

RDSTP – República Democrática de São Tomé e Príncipe

RENAMO – Resistência Nacional Moçambicana

RN – Recém-Nascido

SADC – South African Developing Countries – Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SECAD – Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESI – Serviço Social da Indústria

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SNIS – Sistema Nacional de Informação Sanitária de Guiné-Bissau

SNLS – Secretariado Nacional da Luta Contra a SIDA

SNS – Sistema Nacional de Saúde da República Popular de Angola

SNS – Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TB – Tuberculose

TARV – Tratamento ou Terapia Antirretroviral

TAP – Treatment Acceleration Program / Programa de Aceleração do Tratamento

UA – União Africana

UAPV – Unidades de Atenção aos Pacientes Vivendo com HIV/AIDS

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UnB – Universidade de Brasília

UNDCP – Organização das Nações Unidas para Controle Tratamento e Prevenção de Drogas Ilícitas

UNGASS – Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas para HIV e AIDS

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USP – Universidade de São Paulo

VAS – Vigilância Ambiental em Saúde

VE – Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
ESTRUTURA DE TRABALHO.....	23
1 REVISÃO DA LITERATURA	24
1.1 COOPERAÇÃO TÉCNICA SUL-SUL ENTRE BRASIL E OS PALOP.....	24
1.2 COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE BRASIL E ANGOLA	24
1.3 COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE BRASIL E CABO-VERDE	24
1.4.1 Apoio no Diagnostico Laboratorial do HIV/AIDS e outras Doenças Infecciosas	26
1.5.1 Capacitação e Produção de Medicamentos Antirretrovirais	28
2 AS RELAÇÕES HISTÓRICAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE ENTRE O BRASIL E PALOP...30	
2.2 OS MÉDICOS NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA DESENVOLVERAM COMPRIMIDO QUE PREVINE CONTAMINAÇÃO EM ATÉ 92%.....	37
2.2.2 CASOS DE HIV/AIDS EM CABO-VERDE	38
2.2.3 Os números oficiais do HIV/AIDS estão defasados da realidade: custos “silenciam” doença em Cabo-Verde.	38
3 COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE O BRASIL E OS PAÍSES DE PALOP EM EDUCAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE.....	48
3.1 A COOPERAÇÃO VIGENTE ENTRE ANGOLA E BRASIL.....	50
3.1.3 A COOPERAÇÃO VIGENTE ENTRE MOÇAMBIQUE E BRASIL.....	53
3.1.5 RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ENTRE O BRASIL E OS PAÍSES PALOP A PARTIR DE 2003 A 2014	55
4 METODOLOGIA.....	57
5 OLHARES SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA PORTUGUESA (PALOP)	59
5.1 O Sistema de Saúde Brasileiro	59
5.1.3 A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE CABO-VERDE E A SAÚDE.....	64

6	EPIDEMIA DE HIV/AIDS NA CPLP E NOS PALOP.....	72
6.1	A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, PERSPECTIVAS, PREVENÇÃO E CUIDADOS AOS PACIENTES NO ACESSO UNIVERSAL AO TRATAMENTO	72
6.2.1	RESPOSTA BRASILEIRA A HIV E AIDS	78
6.2.2	A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS EM CABO-VERDE.....	79
6.2.3	RESPOSTA CABO-VERDIANA SOBRE HIV E AIDS	80
6.2.4	A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS NA GUINÉ-BISSAU	81
6.2.5	RESPOSTA GUINEENSE SOBRE HIV E AIDS	82
6.3.3	A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS EM MOÇAMBIQUE	84
6.3.4	A RESPOSTA MOÇAMBICANA SOBRE HIV E AIDS.....	85
6.4	A RESPOSTA PORTUGUESA SOBRE O COMBATE DO HIV/AIDS.....	91
6.4.1	A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	93
6.4.2	RESPOSTA SANTOMENSE NA LUTA CONTRA HIV/AIDS.....	95
6.4.4	A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS EM TIMOR-LESTE.....	97
6.4.5	A RESPOSTA TIMORENSE SOBRE HIV/AIDS.....	99
8	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	104
9	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	107

INTRODUÇÃO

A África e o Brasil eram unidos pela geografia, há milhões de anos, e compartilhavam a mesma história, desde o século XVI, vinculados pelo tráfico transatlântico até a abolição da escravidão(1). Assim sendo, desenvolveu-se uma lacuna nas relações que perdurou até a independência dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP criada em 1979). Este fato determinou o novo período de relacionamento entre o Brasil, Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Apesar de, tal relacionamento ultrapassou estes países e floresceu para outros países não membro de PALOP(2).

Esse desejo de aproximação é expresso pelo Governo brasileiro, e é percebido claramente no discurso de posse de Presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 1º de janeiro de 2003, no qual são reafirmados os laços que unem o continente africano com o Brasil, e torna-se explícita a disposição brasileira de contribuir ativamente em prática e ação para o desenvolvimento de potencialidades desses países(2). Além do que foi dito, o Brasil participou da evolução da Cooperação Técnica Internacional desde seus primórdios, e por muitos anos, na condição de país recipiendário, participação essa que resultou em importantes contribuições que facilitou o seu processo de desenvolvimento(3).

Deste modo, o Brasil transformou-se num Estado moderno com destaque para a construção de instituições coesa, com as estruturas produtivas complexas e capazes de contribuir para o avanço social e econômico. À medida que atingiu patamares mais elevados no caminho do desenvolvimento, no aperfeiçoamento de suas instituições e no domínio de vastas áreas de conhecimento, o Brasil sentiu-se em condições de compartilhar parte dessas conquistas, algumas delas propiciadas ou impulsionadas pela cooperação recebida, com outros membros da comunidade internacional(3). Dentre estas cooperações destacam-se a vertical e horizontal.

A cooperação vertical é dada pelos países desenvolvidas (ditas países industrializadas) com as propostas já pré-estabelecidas a serem cumpridas pelos países recipiendários da cooperação, e enquanto que a cooperação horizontal é estabelecida nos moldes entre os países em cooperação numa forma linear.

A cooperação internacional para o desenvolvimento tem desempenhado há mais de meio século papel significativo, e em especial nas Relações de Cooperações Internacionais, tanto no plano bilateral quanto no multilateral. Dentre suas modalidades, destaca-se a Cooperação Técnica Horizontal Sul-Sul em Saúde, que representa parcela considerável do esforço global em prol do desenvolvimento(4). Então, desta maneira pode-se situar de que desde o seu surgimento de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a AIDS passou a ser objeto de estudos em quase todas as áreas de pesquisa. Não somente na área de saúde, mas como também em campos que estudam os relacionamentos sociais, e suas consequências quanto à realidade de uma nova doença que veio para modificar as relações sociais e econômicas em quase todas as partes do mundo(2).

Cabe sublinhar que a validade dos principais fundamentos desse tipo de cooperação, inclusive com o argumento de que essa natureza específica da Cooperação Técnica Sul-Sul em Saúde, tão fundamental quanto da cooperação tradicional dos países desenvolvidos (a dita cooperação “vertical”), constitui um dos elementos que lhe emprestou força e atratividade. Neste caso, o foco será mais específico na vertente Cooperação em Saúde com os PALOP, em termos de projeção internacional a que o Brasil conquistou. A consolidação de vínculos bilaterais, inclusive em termos eventuais apoio e predisposição favorável da parte de países parceiros recebedores da cooperação(3).

Apesar de não existir uma relação linear e automática na Cooperação Técnica Sul-Sul em Saúde isoladamente, considerada também que o resultado político e econômico, poder-se-iam contabilizar alguns frutos concretos da Cooperação. O Brasil deu e contribuiu com os esforços na Cooperação Sul-Sul em Saúde, sem renunciar completamente à condição de recipiendário, respondeu com participação embrionária, de forma gradual e progressiva por meio da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD)(3). A Cooperação Técnica Horizontal brasileira abrange atividades pontuais, projetos e programas que envolvem transferência, geração e disseminação de conhecimentos técnicos, experiências bem-sucedidas e capacitação de recursos humanos. No entanto, a Cooperação Técnica para prevenção e combate a epidemia de HIV/AIDS, poderia ser entendida como o vetor estratégico e instrumento útil para a política externa brasileira, e serviria como um dos meios que o Brasil possa conta para se firmar no cenário internacional(5).

A busca de maior autonomia na consecução de suas políticas externas, a partir de fortalecimento do seu jogo político na arena internacional, levou ao Brasil a diversificar suas parcerias para além das tradicionais relações com as grandes potências econômicas mundiais, e passou a expandir suas políticas de relação de cooperação para com os países em via de desenvolvimento numa forma de Cooperação Técnica Sul-Sul(6).

Portanto, a efetividade da Cooperação Técnica Horizontal Sul-Sul em Saúde está intimamente relacionada à natureza própria da cooperação brasileira. A implementação das políticas de prevenção e combate a epidemia de HIV/AIDS nos PALOP, tem como bases não comerciais, desprovidas, de finalidades de venda e também não lucrativas, pois, desvinculadas de condicionalidades políticas partidárias(7). Esta investigação possui um caráter multidisciplinar, tendo em vista estar estabelecida no campo de interseção das Ciências da Saúde, das Relações Internacionais, da Diplomacia, das Ciências Sociais e da Política Externa, como também das Cooperações bilaterais ou multilaterais em Saúde como Direito Universal(7). Uma investigação que trata sobre a Cooperação Internacional Sul-Sul no domínio da saúde, e no âmbito da cooperação e prevenção de HIV/AIDS, promoção da saúde, de direitos sociais e humanos, que poderia se adequar a qualquer uma das formas(7).

A saúde é tema predominante na agenda de cooperação técnica internacional, nas esferas bilateral e multilateral. O Brasil pelo êxito e dinâmica parceria desenvolvida entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, é um dos principais difusores da Cooperação Técnica

em Saúde e Educação no mundo em desenvolvimento(7). Contribuiu para isso, não apenas a tradição, mas as reconhecidas experiências das instituições de excelência mundial, como é caso da Fundação Oswaldo Cruz, também dos programas brasileiros desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dos quais tornou-se referência mundial no Programa DST/AIDS já implementado em países da África e América Latina(8).

A cooperação horizontal promovida pelo Ministério da Saúde permite ao Brasil desenvolver, no continente africano e na América Latina ações nas seguintes áreas: Malária, HIV/AIDS, Sistema Único de Saúde, Nutrição, Bancos de Leite Humano, Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Geminação de Hospitais, Fármacos e Imunobiológicos(8).

No obstante, observa-se que a cooperação na África é mais intensa nos cinco países de língua portuguesa do que nos restantes países do continente africano. O percentual de cooperação é maior com Cabo-Verde, seguida com Guiné-Bissau, Moçambique, Angola e São Tomé e Príncipe. Merece destaque as relações em especial com Cabo-Verde e Guiné-Bissau, pela grande quantidade de projetos que vem sendo desenvolvidos com o apoio do Brasil em diversas áreas. Pois, durante a investigação, verificou-se que os estudos conceituais e documentais acerca HIV/AIDS intensificou a Cooperação entre o Brasil e os PALOP nos últimos anos(8).

Por fim, é importante salientar que as ações de Cooperação Sul-Sul em Saúde, apresentam como finalidade capacitar os profissionais da área. E apresenta como parceiros Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Saúde e da participação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Os relatórios dos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores, da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), e também da Fiocruz, foram objetos de estudos e de pesquisa, assim também os análogos nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP, criada em 1979) e da Comunidade dos Países Língua Portuguesa (CPLP, criada em 1996)(2).

Documentos utilizados e que não são oficiais, mas de grande relevância e confiáveis, também contribuirão fundamentalmente para o suporte, e que serviram de fontes de recursos como relatórios das ONGs e outras organizações que trabalham com cooperação em saúde ou políticas externas de cooperação, e os artigos acadêmicos dos pesquisadores que trabalham sobre o tema. De acordo com esta perspectiva o objetivo geral é analisar as políticas de cooperação no combate ao vírus de HIV/AIDS, entre o Brasil e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. O foco do estudo compreenderá as epidemias da doença envolvendo aspectos que podem facilitar ou dificultar a implementação do Programa de Controle de HIV/AIDS nos PALOP no período de 2003 a 2014(8).

Por isso, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: **Quais são os países do PALOP que apresenta maior incidência de casos de HIV/AIDS no período entre 2003 e 2014?** Além do que, são propostos também os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer as formas implementadas na cooperação entre o Brasil e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa nos últimos onze anos;
- Analisar os aspectos facilitadores e dificultadores na implementação do Programa de Controle de HIV/AIDS nos PALOP, na implementação da cooperação;
- Identificar as soluções buscadas na superação de dificuldades.

ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho está dividido em oito capítulos, onde serão analisados os aspectos conceituais, históricos, factuais e prospectivos da cooperação e das políticas de saúde na prevenção e tratamento em pacientes HIV/AIDS, dando ênfase à política externa brasileira do Ministério das Relações Exteriores e do Ministério da Saúde com os países de CPLP/PALOP.

No primeiro capítulo foram levantadas e discutidas de maneira geral, as bibliografias e aspectos conceituais existentes sobre a cooperação Sul-Sul em Saúde entre Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Procurar-se-á situar essa modalidade de cooperação na estrutura maior da cooperação em saúde. Analisar suas motivações e seus aspectos conceituais, sobretudo sua inter-relação com a política externa brasileira traçada entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde do Brasil com os países lusófonos da África.

No segundo capítulo foi abordada em síntese aspectos inerente sobre as relações históricas de cooperação em saúde entre o Brasil e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. E verificar como a Cooperação em saúde que o Brasil vem inserindo ou desenvolvendo com os PALOP/CPLP e com o foco principal a epidemia do HIV/AIDS.

O capítulo 3 apresenta a revisão bibliográfica dos estudos já desenvolvidas sobre a cooperação técnica entre o Brasil e os países de PALOP em educação técnica em saúde na prevenção e tratamento em pacientes portadores de HIV/AIDS nesses países.

No capítulo 4 apresenta os aspectos metodológicos e as matérias utilizados no desenvolvimento dessa dissertação. Uma vez que, esses constrói-se em linhas gerais o desenvolvimento das pesquisas. No capítulo 5 foi tratadas as questões sobre os olhares dos sistemas de saúde do Brasil e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Cooperação para Prevenção e Tratamento da epidemia de HIV/AIDS que o Brasil estabelece com os PALOP, suas dimensões estratégicas e políticas.

No capítulo 6 contempla o desenvolvimento da pesquisa por meio dos resultados e discussões. Para finalizar, os capítulos 7 e 8 apresentaram a conclusão, as recomendações e as referências bibliográficas. Nesta sessão, são colocadas às metas atingidas, as conclusões pertinentes com relação ao tema. As suas últimas sessões apresentam as sugestões que poderão serem melhorados no futuro e as bibliografias utilizadas.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 COOPERAÇÃO TÉCNICA SUL-SUL ENTRE BRASIL E OS PALOP

Os países em desenvolvimento, especificamente os da África, Ásia e Europa de Leste e Oceania intercalam-se no aspecto de cooperação técnica com Brasil(9). Isto foi realçado pelo desempenho elogiável da Agencia Brasileira de Cooperação (ABC). Em projetos voltados para a redução do impacto expansivo das políticas econômicas e sociais em países que a apresentam grandes dificuldades no que se refere ao desenvolvimento. O continente que se beneficiou mais com esse projeto é o continente africano. Dado que os países dessa região foram os que mais estabeleceram os acordos com o Brasil, no intuito de receber a capacitação ou as experiências pertinentes rumo ao desenvolvimento, com a capacidade natural apresentada pelo próprio país, por meio das ações que proporcionam o impacto positivo em termos de bem estar da população dos países parceiros. Disponível:

<<http://homologacao.abc.gov.br/Projetos/CooperacaoSulSul/Palop>>. Acesso em: jan.2015.

1.2 COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE BRASIL E ANGOLA

Os interesses cooperativos entre a República Federativa do Brasil e a República Popular de Angola surgiram nos meados dos 1980, com destaque para a assinatura do Acordo de Cooperação Econômica, Técnica e Científica, em junho do mesmo ano(2).

A partir daí, a cooperação começou-se a ser sustentabilizado entre estes países, destacando-se as áreas que contribuíram significativamente para o desenvolvimento multilateral. Por outro lado, as áreas que contribuíram para o tal êxito foram as de saúde, cultura, estruturação da administração pública, formação profissional, educação, meio ambiente, esportes, estatística e agricultura(2). Atualmente, esses países contam com vários acordos assinados ou ratificados entre os Estados. Além do mais existem planos para a inclusão de outros projetos de cooperação nas áreas não citadas acima, que poderão ser discutidas e assinadas no curto prazo. Pois, para obtenção desses acordos em 2010, merece ser destacada a intervenção estratégica dos dois chefes dos Estados. O que também influenciou na elaboração e na execução de um plano bienal de 2012 a 2014(I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, 2008)(10).

1.3 COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE BRASIL E CABO-VERDE

Saindo do contexto da cooperação técnica do Brasil com a República Popular de Angola e partimos para o acordo de Cooperação Científica e Técnica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República de Cabo-Verde, assinado em abril de 1977 e promulgado em dezembro de 1980.

Agencia Brasileira de Cooperação (ABC), em parceria com instituições nacionais, tem empreendido ações de cooperação técnica com Cabo-Verde nos mais diversos setores: administração pública, patrimônio público, saúde, educação, formação profissional, hotelaria, agropecuária, habitação, meio ambiente, direitos humanos e cooperativismo. Atualmente há doze projetos em execução, que somam um total de US\$ 1,9 milhões dólares e quatro projetos em negociação, com custo estimado em 1,2 milhões de dólares. No período de 2006 a 2011, no âmbito da cooperação técnica, o Governo brasileiro capacitou cerca de cinco mil cabo-verdianos, dentre eles médicos, eletricitas, pedreiros, bombeiros hidráulicos, serralheiros, servidores públicos, engenheiros agrônomos e outros. Em 2007, Cabo-Verde ocupava o primeiro lugar, em volume de investimento da Agencia Brasileira de Cooperação (ABC), dentre os países africanos recipiendários da cooperação técnica brasileira. Em 2010, encontra-se em quarto lugar, atrás de Moçambique, Timor-Leste, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau (8).

Dentre a cooperação assinada com a República de Cabo-Verde em 2011 foram incluso aproximadamente vinte projetos de cooperação técnica, orçado em cerca de 1,5 milhões de dólares financiados pelo Brasil. Dos projetos referidos dez foram concluídos no início de 2012, quatro estão em execução e seis em negociações(8). Essa cooperação técnica também contribuiu para a capacitação dos jovens e adultos em Cabo-Verde, sobretudo na elaboração dos materiais didáticos para os cursos técnicos de hotelaria do país, de outro modo, proporcionou a inovação no atendimento das crianças portadoras de deficiência nas escolas públicas, e melhoria no atendimento das crianças prematuras, e impulsiona impacto direto no índice de desnutrição e mortalidade recém-nascidas nos serviços hospitalares(8).

A ABC 2014 destaca os principais acordos assinados com a República de Cabo-Verde:

- (i) O projeto “Apoio ao Desenvolvimento Habitacional de Cabo-Verde”, o qual apoiou a implementação do Programa Casa para Todos (programa similar ao programa brasileiro Minha Casa Minha Vida);
- (ii) O projeto “Banco de Leite Humano”, o qual implantou o primeiro Banco de Leite Humano do continente africano e está em funcionamento no Hospital Agostinho Neto;
- (iii) O projeto de fortalecimento institucional da ARFA (Agência de Regulação de Produtos Farmacêuticos e Alimentares), o qual apoiou aquela instituição na elaboração e na implementação de mecanismos de regulação, com a criação do sistema cabo-verdiano de controle de alimentos, o qual viabilizou o controle de preço de 70% dos medicamentos cadastrados no

país e o controle de medicamentos genéricos (indiretamente, o projeto abriu mercado para medicamentos genéricos brasileiros)(11).

1.4 **COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE BRASIL E GUINÉ-BISSAU**

Com o objetivo de favorecer a abertura de novas oportunidades para cooperação bilateral em temas definidos como prioritários pelo Governo da Guiné-Bissau influenciou a criação do Acordo Básico de Cooperação Técnica entre a República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau, em maio de 1978. Diferente da República de Cabo-Verde, o acordo da Guiné-Bissau foi materializado em 08 projetos bilaterais executadas em áreas de Formação Profissional, Agricultura, Inclusão Social e Direitos Humanos(12). Além desse programa também foi rubricada o acordo trilateral com 05 projetos a serem implementadas nas áreas de segurança pública e educação. Por fim, destaca-se a conclusão do projeto “Apoio na formulação e monitoramento do programa nacional para universalização do registro civil de nascimento na Guiné-Bissau”(8).

É necessário salientar a importância do apoio da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República do Brasil na materialização dos projetos abaixo:

[i] fase II do projeto de Apoio na formulação e monitoramento do programa nacional para universalização do registro civil de nascimento em Guiné-Bissau; e

[ii] projeto na área de Direitos Humanos visando o fortalecimento da Comissão Nacional dos Direitos Humanos da Guiné-Bissau;(11).

A revelia disso, foi assinado em 2011, o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República da Guiné-Bissau para execução do Projeto, “Implantação e implementação de unidade de processamento do pedúnculo de caju e outras frutas tropicais na Guiné-Bissau” e prospectados outros 03 projetos, sendo 02 na área de saúde e 01 na área de agricultura(8).

1.4.1 **Apoio no Diagnóstico Laboratorial do HIV/AIDS e outras Doenças Infecciosas**

A finalidade desses projetos é de ajudar o país enfrentar séries de desafios na área de saúde e na área de apoio laboratorial da saúde pública. Fato que levou a criação do Instituto Nacional de Saúde (INASA) em finais de 2009, apesar de exercer as suas atividades com extremas dificuldades. Sob outra perspectiva, desenvolveu-se o Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP), tido como referência nacional em diagnosticar e prevenir o HIV/AIDS no país. O Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP), estabeleceu um programa nacional de diagnóstico precoce infantil, como forma de diminuir a mortalidade das crianças portadoras de vírus no país, uma vez prevalecendo em circulação

os dois tipos de vírus (HIV-1 e HIV-2) simultaneamente (Ministério da Saúde da Guiné-Bissau, 2010) (8).

1.4.2 ***Fortalecimento do Combate ao HIV/AIDS na Guiné-Bissau***

De acordo com ABC 2014, o número de casos de HIV1 na Guiné-Bissau aproximadamente 21.000 pessoas convivem com vírus, entre eles 19.000 adultos e 1.600 crianças. A maioria destas pessoas não está ciente de sua condição de soropositivos, visto que no final de dezembro 2009, aproximadamente 7.000 pessoas soropositivas seguiam tratamento em um dos centros do país. Levantamentos periódicos realizados entre as parturientes na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, mostram uma redução gradual na prevalência de HIV-2 atingindo 2,7% em 2004, enquanto durante o mesmo período, a taxa de prevalência de HIV-1 cresceu gradualmente até 1998, com um aumento significativo entre 1998 e 1999 e se mantendo estável em torno de 5% a partir dessa data. Esta tendência foi confirmada por autoridade local com contínua redução na prevalência de HIV-2 que em 2006 era de 2% e em 2008 de 1,2%, enquanto que a incidência do HIV-1 aumentou de 5% em 2006 para 6,8% em 2008 (dados hospitalares não publicados)(2).

Um estudo de coorte na região rural de Caió mostrou que a prevalência de HIV-1 tinha aumentado de 0,5% em 1990 para 3,6% em 2007. A Lei 5/2007, relativa à prevenção, tratamento e controle do HIV/AIDS votada em Maio de 2007, fornece uma série de medidas que encontram dificuldades para sua implementação. Um outro estudo feito entre 2003 a 2013, apresentou que a região de Bafatá está com maior número de casos por infecção do HIV/AIDS no país. Continua a existir um clima de discriminação contra as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, assim como um tabu em torno da doença, fato que prejudica um trabalho de sensibilização eficaz e produtivo. Embora os principais intervenientes na proteção dos direitos humanos estejam presentes e engajados, os mecanismos de implementação das disposições da lei ainda são insuficientes e, nesse sentido, o Brasil apoia a Guiné-Bissau no fortalecimento no combate do HIV/AIDS. Essa cooperação entre o Brasil e a Guiné-Bissau, na luta e combate da epidemia de HIV/AIDS, teve seu início em 01 de agosto de 2012 com a previsão para terminar em 30 de junho de 2015(8).

1.5 ***COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE BRASIL E MOÇAMBIQUE***

Das cooperações técnicas citadas acima, a de Moçambique aparenta ser mais vantajosa, o que pode ser justificada pela sua assinatura um ano depois da assinatura dos outros, isto é, em setembro de 1981 e promulgado em junho de 1984. No final de 2011, o programa bilateral de

cooperação técnica Brasil-Moçambique era composto por 21 projetos em execução, 09 em processo de negociação. E foram assinados, em 2011, 06 novos projetos, a saber:

- a) “Modernização da Previdência Social de Moçambique”;
- b) “Capacitação Jurídica de Formadores e Magistrados”;
- c) “Implantação de Banco de Leite Humano e de Centro de Lactação em Moçambique”;
- d) “Apoio a Implantação do Centro de Tele-saúde, da Biblioteca, e do Programa de Ensino a Distância em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente de Moçambique”;
- e) “Capacitação e Transferência Metodológica para o Programa Mais Alimentos África em Moçambique”; e
- f) “Implantação de Bancos Comunitários de Sementes e Capacitação para o resgate, multiplicação, armazenamento e uso de sementes tradicionais / crioulas em áreas de agricultura familiar em Moçambique e África do Sul”.

Os recursos financeiros alocados na cooperação com Moçambique representavam, no final de 2011, no âmbito da cooperação bilateral a importância de U\$S 22.157.013,00 e no plano trilateral mais US\$ 9.843.770,00, totalizando U\$S 32.000.783,00.

1.5.1 **Capacitação e Produção de Medicamentos Antirretrovirais**

De acordo com Ministério da Saúde do Brasil (2003), em seu relatório elaborado por um grupo temático de Cooperação Internacional em Saúde, destaca o Projeto de Cooperação entre o Brasil e Moçambique na área da saúde incluindo o Mestrado em Ciências da Saúde e mais o programa de fortalecimento de Órgão Regulador de Medicamentos como o projeto em execução e ainda mais quatro projetos em negociação, Fortalecimento da luta contra a Epidemia de HIV/AIDS, Fortalecimento das Ações de Prevenção e Controle do Câncer, Apoio ao Desenvolvimento da Política Nacional da Saúde Oral e Implementação do Projeto Piloto de Terapia Comunitária. (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2003).

Na cooperação em Saúde entre Brasil com Moçambique, culminou na instalação de uma Fábrica de Antirretrovirais (Farmanguinhos) e outros Medicamentos para o país e que futuramente passará a servir como centro de distribuição de medicamentos para a África Austral, sob a responsabilidade da Fiocruz(2).

1.6 **COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE BRASIL E SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE**

O interesse do Brasil com São Tomé e Príncipe, iniciou-se em junho 1984, com a assinatura do Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre os dois Governos. Daí em diante várias

iniciativas de cooperação foram desenvolvidas, tanto pela demanda apresentada pelo São Tomé e Príncipe quanto as da Agencia Brasileira de Cooperação(12).

ABC (2014) afirma que, como todo país em desenvolvimento, São Tomé e Príncipe possui necessidades e carências que abrangem todos os setores da sociedade, sobretudo aqueles com influência direta sobre a formação de cidadãos como educação, saúde, geração de emprego e renda, desenvolvimento e inclusão social. Como prioridade política, o país persegue hoje o objetivo prioritário de aproveitar sua localização estratégica para converter-se em entreposto de serviços e de comércio para a toda região do Golfo da Guiné. O acordo da cooperação com STP, até abril de 2012, inclui a execução de 17 projetos de cooperação nas áreas de saúde, educação, geração de emprego e renda, inclusão social, comunicação e cultura, desenvolvimento urbano e socioeconômico, elaboração de políticas públicas e do meio ambiente(8).

A cooperação técnica brasileira com STP, em 2011, foi objeto de matérias na mídia (Revista Carta Capital e Canal Futura) como experiência bem sucedida de Cooperação Técnica Sul-Sul desenvolvida pelo Governo brasileiro. Os resultados positivos alcançados, em geral, são: minutas de leis e levantamento de dados destinados à elaboração de políticas públicas, instituições fortalecidas pela formação e capacitação do quadro técnico, suporte na aquisição de equipamentos e melhorias na infraestrutura e internalização de políticas públicas na área da educação, beneficiários diretos capacitados, melhoria direta na qualidade de vida dos beneficiários diretos dos projetos, no que se refere à profissionalização, geração de renda, oportunidades de lazer, cultura e esporte, inclusão social e exercício da cidadania(8).

Deste modo, o Governo santomense satisfeito com progressão da cooperação afirmou em entrevistas e reuniões a importância e o diferencial do Brasil em relação à cooperação técnica prestada. Pois, a cooperação brasileira hoje ocupa o terceiro lugar em numero de projetos no país. O Governo santomense ressalta como diferencial da cooperação brasileira a forma solidária, ética e participativa como o Brasil trabalha, colaborando para apropriação do conhecimento e fortalecimento das instituições locais.

2 AS RELAÇÕES HISTÓRICAS DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE ENTRE O BRASIL E PALOP

A miscigenação e a cultura popular são os aspectos históricos que une o Brasil e o continente africano, uma vez que a característica genética da população brasileira são diversificadas, isto associado ao tráfico de seres humanos. Após do abolicionismo e com a conquista da independência dalguns países da África a partir de 1958, percebe-se uma ligeira reaproximação do Brasil ao continente africano(4).

Vicentini (2010) afirma que, com o regime militar a aproximação com o continente africano enfraquece-se ainda mais. Já na década de 1980, com a inserção internacional do projeto brasileiro, verifica-se um estreitamento das relações entre Brasil e o continente africano, isto é interrompido com a chegada ao poder do Governo Neoliberal de Fernando Collor de Mello, e que não sofreu grandes alterações com o Presidente Itamar Franco. Tudo isso começou a se modificar relativamente tímida nos Governo de Presidente Fernando Henrique Cardoso, e que marcado por uma seletiva escolha dos países com os quais o Brasil viesse a ter relações mais profundas. Com o Presidente Luís Inácio Lula da Silva, foi quando começou a modificar substancialmente a maneira como o Brasil olha para a África, e é a partir daí que nasce a nova política externa com África(2).

2.1 O SURGIMENTO DOS PRIMEIROS CASOS DE INFECÇÃO PELO HIV/AIDS NO MUNDO. UMA QUESTÃO DE SEGURANÇA E DE CUIDADOS DA HUMANIDADE

A AIDS é considerada a mais devastadora epidemia da história da humanidade. Conforme observou o diretor do Programa Conjunto das Nações Unidas para o combate da AIDS (UNAIDS), Peter Piot, “mais duas décadas de AIDS nos têm evidenciado que esta epidemia sem precedentes tem o potencial de eliminar todos os progressos alcançados no combate à doença nos últimos”.

Ressalta-se, neste movimento macroestrutural, os avanços ocorridos no Brasil no âmbito das políticas pública de saúde nesses últimos anos. Dentre os quais destacam-se em cenário internacional, o Programa de Controle de HIV/AIDS. No bojo das estratégias implementadas, sobressaíram os acordos de cooperação internacional que o Brasil tem efetivado, na forma de projetos ou atividades pontuais, bilaterais ou multilaterais, com cerca de 40 países, através de 12 agências internacionais, o que fez com que os efeitos dessa doença não sejam mais devastadoras como temos observado atualmente em países africanos (Peter Piot, 2001. Publicado agosto).

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) consiste num microrganismo de família dos retrovírus, que foi investigada simultaneamente por dois grupos de pesquisadores: um nos Estados Unidos da América, liderado por Robert Gallo, e o outro grupo na França, liderado por Luc Montaigne. A existência dessa infecção foi constatada por meio da detecção de anticorpos a esse vírus presentes nos humanos infectados. No ano de 1983, foi feito os primeiros diagnósticos dessa nova doença que veio para modificar a vida humana no planeta, e que passou a ser designada com a sigla

em inglês de AIDS, e que em português, significa Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Os primeiros casos de infecções de vírus de HIV foram diagnosticados a partir da identificação da AIDS(40).

Grupos de pacientes jovens, homossexuais masculinos, exibiam um complexo de sintomas, incluindo pneumonia severa causada por *Pneumocystis jiroveci* (STRINGER et al., 2002; STROHL et al., 2004) (normalmente um organismo eucariótico inofensivo), sarcoma de Kaposi (ordinariamente uma forma extremamente rara de câncer), perda de peso súbita, linfadenopatia e supressão geral da função imune. Esse conjunto de sinais e sintomas associados à doença veio a ser conhecido como a síndrome de imunodeficiência adquirida (STROHL et al., 2004). Em 1980, alguns médicos norte-americanos ficaram intrigados com essas novas características dessas infecções, uma vez que era esperado completamente fora do padrão de evolução anunciado(13).

Perante a recorrência de uma característica comum a todos aqueles casos de infecções e tumores. Que momento afetava exclusivamente em homossexuais masculinos, e acabou ganhando divulgação de maneira alarmante e até distorcida pela imprensa em todo mundo. Foi dessa forma que a AIDS passou a ser denominação de “câncer gay” ou ainda de “peste gay”, há relatos em que construíam uma verdadeira “epidemia de significados” e enquanto não se chegava a um diagnóstico mais preciso da patologia, a fim de confirmar se realmente havia surgido uma nova doença. A forma como foi divulgado este fato, os gay norte-americanos, bem como também as organizações civis que defendia seus direitos nas cidades de New York e San Francisco em Califórnia, manifestaram-se contra a dupla ameaça, as liberdades e à vida, e argumentando que a gravidade da situação se residia numa doença que colocaria em risco não apenas a saúde de seus membros, mas sim alimentava uma onda de discriminações, desrespeito e desconsiderações dos indivíduos soropositivos, as conquistas dos direitos civis que foram duramente alcançados. Os infectados, cada vez em número maior, passaram-se a organizar junto aos outros movimentos sociais, passando a fazer parte do rol de temas promovidos em prol do fortalecimento das instituições democratas e da promoção dos direitos humanos pelas Organizações Não-Governamentais em diversos países do mundo, inclusive no Brasil(13).

2.1.1 *EPIDEMIA DE HIV NO MUNDO RELATÓRIO E A RESPOSTA GLOBAL À AIDS*

Há mais de 30 anos, a AIDS continua ser um dos mais sérios desafios para a saúde global, tendo como consequência a perda de vida de 35 milhões de pessoas em todo mundo. Globalmente, o HIV/AIDS continua ser a quinta principal causa de morte entre adultos e as mulheres entre 15 e 49 anos. Em 2011, 34 milhões de pessoas viviam com HIV. Apesar da queda geral no número de pessoas recém-infectadas pelo vírus, 2,5 milhões de pessoas adquiriram o vírus em 2011, dentre elas 890 mil jovens. Assim sendo, a região mais afetada é África Subsaariana, com (4,9%), o que é que vale 1 caso em cada 20 adultos. Isto somado ao número total da população mundial mostra que 69% das pessoas vivem com HIV no planeta. Por outro lado a pesquisa mostra que a na África

Subsaariana as mulheres respondem por 58% de casos, seguido da região de Caribe, Leste Europeu e a Ásia Central, com 1% de caso cada em 2011(12).

Entre 2010 e 2011 verifica-se um decréscimo significativo no número de caso de HIV em todo mundo. Dado que, o número de adultos e crianças que adquiriram a infecção pelo HIV/AIDS em 2011 é de 2,5 milhões (2,2 a 2,8 milhões) corresponde 20% baixo do que em 2010. Em 2011, de 1,7 milhão a 1,9 milhão de pessoas morreram de causas relacionadas à AIDS em todo o mundo, o que corresponde 24% a menos em 2005. Atualmente aproximadamente 8,1 milhões de pessoas estão em tratamento e, outros 8 milhões precisam dos medicamentos neste momento, mas não têm acesso. Por outro lado, cerca de 72% das crianças elegíveis para receber o tratamento antirretroviral ainda não têm acesso aos medicamentos. Não obstante, as pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS enfrentam várias barreiras que interferem em sua capacidade para iniciar e aderir a seus regimes de tratamento. Como por exemplo, medo, estigma e discriminação, falhas nos sistemas de saúde bem como a pobreza e a iniquidade de gênero têm sido citados como obstáculos (UNAIDS report on the global AIDS epidemic, 2012)(12).

2.1.2 **A RESPOSTA GLOBAL À HIV E AIDS**

Com a divulgação da pesquisa sobre HIV liderada pelos cientistas Robert Gallo e Luc Montagne em 1983 e com a proliferação do vírus levou os governos dos quatro cantos do mundo a começar se preocupar e procurar respostas para a propagação da epidemia.

Para isso, a ONUAIDS (2012) afirma que:

A Declaração do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) reconhecem que reverter à epidemia global de HIV no mundo é um indicador-chave para o progresso em desenvolvimento. O cumprimento das metas alimentou a expansão das respostas nacionais à AIDS. O movimento foi impulsionado por uma nova coalizão de pessoas vivendo com HIV/AIDS, sociedade civil (incluindo organizações de mulheres, grupos de jovens, acadêmicos, organizações baseadas na fé, populações-chave e ativistas dos direitos humanos), governos nacionais, setor privado e parceiros internacionais do desenvolvimento. Essa coalizão global fez um chamado pelo acesso universal à prevenção, ao tratamento, à atenção e ao apoio, no qual que ressoou por todo o mundo(12).

Ainda segundo a ONUAIDS (2012), desde os anos 1990, a comunidade global para a AIDS mobilizou um incremento de mais de 50 vezes nos recursos para a resposta ao HIV em países de baixa e média renda. Esses investimentos estão gerando resultados. O número de pessoas recém-infectadas pelo HIV em 2012 caiu 20% se comparado com 2001, refletindo uma combinação de estratégias de prevenção biomédicas, comportamentais e estruturais. O acesso à terapia

antirretroviral foi estendido a mais de 7 milhões de pessoas, e mais da metade das pessoas em países de baixa e média renda elegíveis para o tratamento. Com o objetivo de alcançar a meta de zero novos casos de infecções pelo HIV/AIDS em crianças, parece cada vez mais possível. Entre 2009 e 2011, menos 24% de crianças adquiriram o vírus. Avanços científicos recentes mostram que a terapia antirretroviral de qualidade comprovada previne a transmissão do HIV/AIDS(12).

Reconhecendo a genuína oportunidade de planejar o fim da AIDS, os países comprometeram-se, em 2011, na Declaração Política sobre HIV e AIDS das Nações Unidas, intensificar os esforços para eliminar o HIV e a AIDS, e dar alguns passos específicos para alcançar objetivos ambiciosos em 2015. A partir da Declaração Política, a UNAIDS articulou 10 metas específicas para 2015 para guiar a ação coletiva:

- 1) Reduzir a transmissão sexual em 50%.
- 2) Reduzir a transmissão entre usuários de drogas injetáveis em 50%.
- 3) Eliminar novas infecções entre crianças e reduzir substancialmente o número de mães morrendo por causas relacionadas à AIDS.
- 4) Disponibilizar a terapia antirretroviral para 15 milhões de pessoas.
- 5) Reduzir o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS que morrem devido à tuberculose em 50%.
- 6) Acabar com a lacuna nos recursos globais para a AIDS e alcançar o investimento global anual de 22 bilhões a 24 bilhões de dólares em países de rendas baixa e média.
- 7) Eliminar as desigualdades de gênero e o abuso e a violência baseada em gênero e ampliar a capacidade de mulheres e meninas de protegerem a si mesmas do HIV.
- 8) Eliminar o estigma e a discriminação contra pessoas vivendo e afetadas pelo HIV, pela promoção de leis e políticas que garantam a completa realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.
- 9) Eliminar restrições para que pessoas vivendo com HIV possam entrar e sair ou estabelecer residência.
- 10) Eliminar sistemas paralelos para serviços relacionados ao HIV/AIDS para fortalecer a integração da resposta à AIDS nos esforços globais em saúde e desenvolvimento(12).

2.1.3 ***EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL***

Dada à situação histórica da epidemia de HIV/AIDS no Brasil pode ser feita uma relação acerca da evolução da epidemia na população brasileira e os mecanismos utilizados para encontrar a resposta. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), o Brasil estima-se que cerca de 630 mil indivíduos de 15 a 49 vivam com HIV. Desses, 255 mil não sabem que são portadores do vírus. De

acordo com o Ministério da Saúde, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2011, foram registrados 608.230 casos de AIDS (condição em que a doença já se manifestou). Nos últimos anos, tem-se observado um registro de 38 mil novos casos a cada ano, o que representa uma incidência de 20 casos por cem mil habitantes. A taxa de prevalência do HIV na população em geral mantém-se estável e, em 2010, esse dado foi revisto e atualizado: estima-se em 0,42% a prevalência na população geral de 15 a 49 anos (530 mil) sendo 0,31% entre as mulheres e 0,52% entre os homens. Nos últimos anos, observa-se tendência de estabilização da taxa de incidência de AIDS, ainda que em patamares elevados e com grandes diferenças regionais. Conforme os dados abaixo observa-se que a epidemia apresenta tendência de queda no Sudeste do país ao lado do registro e tendência de recrudescimento no Norte, Nordeste e comportamento instável no Sul(12).

Vale ressaltar que tendência similar pode ser observada nas curvas de mortalidade. A epidemia está concentrada nas grandes centros urbanos, onde também estão as maiores proporções de casos de AIDS nas populações em situação de maior vulnerabilidade. No entanto, a epidemia se dissemina dos grandes centros para municípios de médio e pequeno porte, conforme pode ser observado(12).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), a epidemia de AIDS no Brasil é concentrada, uma vez que apresenta prevalências superiores a 5% em grupos específicos e inferior a 1% na população de 15 a 49 anos. Dentre as populações mais vulneráveis, entre 2009 e 2010, as prevalências eram: usuários de drogas (prevalência de 5,91%), homens que fazem sexo com outros homens - HSH (10,5%) e profissionais do sexo feminino (4,9%). A taxa de prevalência entre homens jovens que fazem sexo com homens (HSH) passou de 0,6% para 1,2%, entre 2002 e 2007, respectivamente o que mostra a necessidade de ações focalizadas nesse segmento. Os jovens são outra população que demanda atenção. Um levantamento realizado no Brasil com mais de 35 mil meninos entre 17 e 20 anos, indica que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12%. De acordo com o estudo realizado pelo MS em (2009) mostra que quanto menor a escolaridade, maior será o percentual de infectados pelo HIV. Verifica-se mais casos da doença entre os homens em relação às mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos(12).

A transmissão materno-infantil do HIV vem apresentando constante redução. A taxa média de transmissão vertical do HIV, que era de 16% no Brasil em 1997, diminuiu gradativamente para 8,6% em 2000 e para 6,8% em 2004. Ao longo dos últimos 12 anos observa-se uma redução de 40,7% na incidência de casos em menores de cinco anos. Tem-se a expectativa de que essa tendência se mantenha e seja ampliada na medida em que o Programa Rede Cegonha se torne efetivo e apresente cobertura adequada em todo o país. (A Rede Cegonha é um programa do Governo Federal, do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõe a melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, no parto e no pós-parto, e também ao recém-nascido e às crianças até dois anos de

idade). A taxa de mortalidade por AIDS também vem diminuindo no Brasil. Em 12 anos, a taxa de incidência baixou de 7,6 para 6,3 a cada 100 mil pessoas. Uma queda de 17%. Este comportamento, todavia não é uniforme devido às diferenças regionais(12).

2.1.4 **PROLIFERAÇÃO DE AIDS NOS JOVENS BRASILEIROS ENTRE 2008 A 2014**

Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, uma doença que infelizmente precisa ser lembrada. Pois, observa-se um acréscimo de casos entre os jovens nos últimos 6 anos atingiu 50%. Segundo a rede de televisão a *Globo*, no seu programa o *Fantástico* acompanhou um grupo de jovens soropositivos. De acordo com o Doutor Dráuzio Varella, explicou porque a AIDS voltou a assustar tanto e preocupar tanto: “Houve um aumento significativo dos casos de AIDS entre os jovens nos últimos anos. Neste sentido, demonstra que os brasileiros ainda estão indo na contramão de outros países”. O aumento de casos de AIDS entre os brasileiros, na ordem de 50% em seis anos. “O principal motivo é o comportamento sexual dos jovens”(14).

Por que eles acham que ninguém morre de AIDS hoje, e se contrair a infecção por HIV, o simples é só remediar e resolve-se. Isto não é a solução do problema, um simples tomar remédio, mas sim é uma questão de continuidade por resto da vida. Afinal não é tudo isso, como se imagina, mas sim é uma doença grave. Uma vez que a AIDS não tem cura, caso contrair o vírus, o tratamento pode controlar a doença, mas você vai ter problemas pelo resto da vida. Por isso, recomenda-se fazer teste para saber o que é verdade e o que é mentira quando se trata de AIDS(14).

Segue os comentários dos brasileiros: Ivan, Guilherme e Edson “Quando eu saio à noite eu quero me divertir, me alegrar, distrair a mente um pouco”, conta Ivan. A cena é comum em qualquer cidade do Brasil e do mundo. Ruas, bares e boates lotadas de jovens. “Noitada perfeita é isso: bebida, amigos e mulher”, diz um jovem. “Curtir, beijar na boca”, conta outro jovem. “Conhecer alguém e ficar”, afirma Guilherme. “É, hoje espero que tenha muita azaração, beijo na boca”, diz Ivan. Entre eles um é portador de vírus, mas se olhar para eles, ninguém conseguiria dizer quem é portador do HIV? Entre os jovens um confirmou seu estado de saúde dizendo que: “sou soropositivo e descobri que tenho HIV com 23 anos. Tinha um relacionamento, e gente morava junto e tal! Então ele sentou no sofá comigo e falou: ‘Olha, eu fiz o exame, o exame deu positivo’. Aí perguntei qual era o exame, né? Ele virou pra mim e falou: ‘Fiz o exame de HIV’” (14).

Mesmo estando em um relacionamento estável, o jovem contraiu o vírus da AIDS. Foi infectado pela pessoa em quem mais confiava. “Hoje eu tenho certeza que a AIDS não tem semblante. Certeza absoluta” afirmou! Ele faz parte de uma estatística assustadora. “A taxa de detecção de AIDS, entre jovens de 15 a 24 anos, vem crescendo em uma velocidade bem maior que da população em geral”, diz Jarbas Barbosa, secretário de Vigilância e Saúde do Ministério da Saúde. Desde 2006, os casos de AIDS nos jovens entre 15 e 24 anos aumentaram mais de 50%, o que quer dizer mais jovens soropositivos. No resto do mundo, o número de novos casos de HIV/AIDS entre os

jovens caiu 32% em uma década. Por que estamos indo para trás? Perguntou o Secretário de saúde. “A gente não deixa de transar porque não tem camisinha”, conta um jovem. Hoje é possível saber em menos de 20 minutos se você está ou não infectado pelo HIV. Um teste rápido, que pode ser feito gratuitamente na rede pública de saúde, disponível para qualquer um. Não precisa marcar hora: é chegar e fazer(14).

Na última década, 34 mil jovens contraíram o vírus da AIDS. Basta um deslize ou falta de cuidado para contrair o vírus, uma única vez sem preservativo para se infectar. Não adianta você esquecer-se de usar preservativo e sair correndo para fazer o teste. O exame pode levar 3, 4 semanas para ficar positivo. Em vez disso, procure a rede pública para receber o tratamento preventivo, os remédios que vão evitar que o HIV penetre no seu organismo. É uma medida de emergência, que deve ser tomada até 72 horas depois do contato sexual. Passou de 72 horas, é tarde demais. O tratamento dura um mês, e os remédios devem ser tomados todos os dias, rigorosamente. Falhou, perdeu o efeito. Esses remédios de emergência, chamados de Profilaxia Pós-Exposição, ou P.E.P, estão disponíveis na rede pública, mas pouca gente sabe. Dráuzio informou que em 2013, só foram usados pouco mais de 20 mil kits de P.E.P em todo o país. “Existe hoje uma falsa sensação de que a AIDS está controlada, que ela não existe mais. Porque não estamos mais vendo, na mídia, grandes ícones falecendo com essa doença”, diz Fernando Ferry, clínico geral especializado em AIDS do Hospital Gaffrée Guinle, no Rio de Janeiro. No início dos anos 90, Cazuzza expôs ao público a luta pessoal contra a doença. Depois dele, em 1996, foi Renato Russo quem morreu de complicações da AIDS(14).

- Dráuzio Varella: O Renato Russo foi talvez à última pessoa muito conhecida que faleceu de AIDS, não é, Dado? Perguntou!
- Dado Villa-Lobos, músico, respondeu: Acho que sim. E contrariamente ao Cazuzza, ele preferiu o sigilo, o segredo.
- Dado Villa-Lobos tocava com Renato Russo no grupo Legião Urbana. Ney Matogrosso foi amigo e namorado de Cazuzza. Eles lembram bem como era naquela época, quando a AIDS provocava a morte em poucos meses. “Houve uma semana que eu fui três vezes ao cemitério porque as pessoas morriam assim uma por dia”, conta Ney Matogrosso, cantor. “Quem se criou e cresceu depois não acredita nessa doença. Então as pessoas não estão nem aí para essa doença. É como se a doença não existisse no mundo”, diz Ney Matogrosso. No país, morrem 11 mil por ano. É muita gente. “O remédio que existe é um remédio maravilhoso, porque as pessoas não morrem e não se acabam do jeito que se acabavam, mas não é a cura. Não tem a cura ainda”, diz Ney Matogrosso(14).

Lamentavelmente, Cazuzza e Renato Russo morreram antes que os coquetéis antirretrovirais, que ajudam controlar o HIV, se tornasse realidade, a partir de 1996. Os remédios fazem o vírus parar de se multiplicar e entrar em um estado de ‘dormência’. Por tanto não permite pessoa desenvolver a

AIDS, diminuindo assim drasticamente o número de óbitos, e proporcionando mais qualidade de vida aos portadores do HIV(14).

2.2 OS MÉDICOS NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA DESENVOLVERAM COMPRIMIDO QUE PREVINE CONTAMINAÇÃO EM ATÉ 92%

Atualmente, não existe cura para os portadores de HIV/AIDS, mas a dormecença do vírus, foi um grande avanço obtido pela ciência no que se refere ao combate do HIV/AIDS. Pois, o único comprimido ingerido rigorosamente durante todos os dias, previne-se a multiplicação e disseminação do vírus até 92% dos casos. Por outro lado, a Profilaxia Pré-Exposição, ou PREP, já é uma realidade nos Estados Unidos da América. Uma revolução na prevenção à AIDS. É a primeira vez, em mais de 30 anos, que os cientistas descobriram alternativas para prevenir o HIV além do preservativo(14).

“É maravilhoso, diz Howard Grossman, médico e pesquisador especializado em HIV. O remédio já fazia parte do coquetel para o tratamento dos portadores do vírus, mas os cientistas descobriram que ele também funcionava em quem não tinha o vírus, mas de uma forma diferente: criando uma barreira de proteção e impedindo o HIV de se instalar nas células da pessoa. Damon é um dos que resolveram aderir ao PREP. “Alguns médicos acham que, por tomar esse remédio, as pessoas vão parar de usar preservativo”. Mas não é isso. O remédio é para reduzir o risco de contaminação”, diz o paciente Damon Jacobs (REDE BLOBO O FANTÁSTICO, 2014)(14).

No Brasil, uma pesquisa da Universidade de São Paulo – USP e da Fiocruz, no Rio de Janeiro, ainda está na fase inicial de testes para esse remédio. Só deve estar disponível para os brasileiros daqui a dois anos. O remédio só consegue evitar a transmissão do HIV, e mesmo assim não é 100% seguro. Portanto recomenda-se o uso de preservativo. Até porque existem outras doenças, sexualmente transmissíveis, tão graves quanto a AIDS. É o caso da Hepatite B, por exemplo, que pode ser fatal. Para controlar a epidemia de AIDS, a ciência faz a parte dela, mas as pessoas devem fazer uso de preservativo. No entanto, perspectiva-se uma redução drástica na transmissão do HIV a curto prazo no Brasil, isto é, no período de 4 a 5 anos, arguta Jarbas Barbosa (REDE O BLOBO – FANTÁSTICO, 2014)(14).

2.2.1 CASOS DE HIV/AIDS EM ANGOLA

O Programa Nacional de Luta Contra o HIV/AIDS relata a situação atual do HIV/AIDS em Angola. O primeiro caso foi diagnosticado em 1985. Até ao último semestre de 2001 foram notificados pelo Ministério da Saúde um total de 8.769 casos positivos. Este número é muito inferior do real, pois porque só alguns hospitais prestam informação regular a respeito de casos de pacientes soropositivos. O rácio de casos entre homens e mulheres é aproximadamente de 1/2. A transmissão nas mulheres é duas vezes mais e correspondendo aproximadamente 52.1%, transfusão sanguínea

representa 9%, uso de drogas injetáveis 1,6% e relações homossexuais 1%. (PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA SIDA, 2005).

De acordo com Programa Nacional de Luta Contra Sida, (2005), a informação epidemiológica tem sido muito insuficiente, isto pode ser observado no resultado de soroprevalência, pois há um rápido avanço de infecções em alguns grupos específicos. Os índices de infecção são maiores nas províncias ao Norte do país, Cabinda e Luanda, e nas províncias que fazem fronteira com as Repúblicas de Congo e Zâmbia, países com níveis de prevalência maiores de que Angola. As províncias do centro e Sul de Angola são as menos afetadas, é o caso concreto a província da Huila. (http://www.ccia.ebonet.net/guia_cronograma_atividades.htm)

As principais causas que contribuem para a rápida disseminação do HIV/AIDS em Angola são:

- Instabilidade social, política militar e económica.
- Facilidade de movimentação de militares e estrangeiros no território nacional.
- Dinâmica da vida urbana e a falta de ordenamento.
- Fraco acesso aos cuidados primários de saúde.
- Causas ligadas a aspectos culturais.

2.2.2 CASOS DE HIV/AIDS EM CABO-VERDE

2.2.3 *Os números oficiais do HIV/AIDS estão defasados da realidade: custos “silenciam” doença em Cabo-Verde*

Há três décadas após ter conhecido o primeiro caso de HIV/AIDS em Cabo-Verde, a doença continua a ser silenciosa. O pior, afirmam os doentes, ONGs e instituições que lidam com a doença, os números estão defasados da realidade porque a cada dia que passa estão a surgir novos infectados pelo vírus de HIV e AIDS. Como a taxa de prevalência de AIDS é supostamente baixa, as autoridades relaxaram na prevenção, a comunicação social deixou de falar sobre a doença que, em vez de mortal passou a ser classificada como crónica. O Secretário-Executivo do Comité e Coordenação de Combate à AIDS (CCS-SIDA), José António dos Reis refuta esta tese, mas assume que a presença nas mídias é hoje menor porque fazer publicidade “custa muito caro”(15).

Hoje, os pacientes em tratamento de HIV/AIDS com antirretrovirais em todo o Cabo-Verde são 864 pessoas soropositivos. Além destes números estão os infectados dependentes de droga e álcool bem como os pacientes com problemas psicológicos. O país exhibe uma taxa de prevalência de 0,8%, mas os dados não são atuais e é de 2005. Os mais recentes casos apontam para uma prevalência de 5,3% entre as profissionais do sexo feminino e de 3,6% entre os usuários de droga. A maioria dos novos casos e doentes são as jovens grávidas que por exigência do seu estado, são

submetidas a testes de HIV/AIDS, assim como os seus respectivos companheiros. A situação preocupa as associações e instituições que ajudam esses pacientes a lidar com a doença. A maioria vive ainda na “fase da negação” e recusa ajuda, o que constitui um problema de saúde pública(15).

José António dos Reis afirma: “É importante saberem que o medicamento tem efeitos colaterais e que é incompatível com as drogas”. Conversou com três pacientes em tratamento, todos eles têm uma certeza, aumentou o número de pessoas infectadas em todo o país. “Cada dia que vou à consulta encontro caras novas de pessoas que contraíram HIV/AIDS. Sabemos que estão lá para uma consulta específica, mas quando tentamos puxar conversa, esquivam-se ou dizem que o seu problema nada tem a ver com a AIDS”(15).

[...] Em São Vicente, a procura por consultas e medicamentos cresceu tanto, que os doentes não têm dúvidas de que a equipa formada por duas médicas, uma assistente social e uma psicóloga já não dão conta do recado. “São cerca de 200 doentes em tratamento na Delegacia de Saúde (Centros de Saúde ou Hospital Dia). Se antes, eram atendidas dez pessoas por dia, hoje são mais, porque os números de infectados aumentaram o que faz com que fiquem mais tempo na espera do atendimento. É uma situação delicada porque sentiram expostas”, revela um paciente(15).

2.2.4 TESTES FEITOS EM GRÁVIDAS

O Secretário-Executivo do Comité de Coordenação de Combate à HIV/AIDS (CCS-SIDA), José António dos Reis, confessa que a taxa de prevalência de 0,8% utilizada como referência em Cabo-Verde em 2005. Alega, no entanto, que não é a única medida ou instrumento de verificação e cita como exemplo a “Sentinela”, estudo realizado em 2011 constatou uma prevalência de 70 casos anuais em grávidas. Ainda segundo dos Reis, a Sentinela é importante porque abrange um número significativo de mulheres sexualmente ativas. “Foi realizado teste em 10 mil mulheres e obtiveram uma média de 70 casos positivos por ano. Isso dá uma ideia clara. Desse modo, o CCS-SIDA trabalha com elementos que lhe permitem afirmar que a prevalência se mantém baixa. Dos Reis aponta os estudos feitos com usuários de drogas e profissionais do sexo, assinalou uma taxa de prevalência de 3,6% e 5,3%, respectivamente. “Estes estudos permitem dizer que o país apresenta índice de epidemia concentrada, ou seja, a propagação não se desenvolve de forma expressiva na população em geral, mas sim em grupos específicos”(15).

2.2.5 FALTA DE DIVULGAÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS COM HIV/AIDS NAS MÍDIAS

Se o aumento dos casos de HIV/AIDS, entre as profissionais do sexo, justifica-se pela falta de informação sobre medidas de prevenção. Dos Reis rebate com um estudo realizado em 2012. Onde

observou que 99% da população declarou que estar informadas sobre a HIV/AIDS, o que permite concluir que o problema não é falta de informação, mas saber como agir e usá-la. As pessoas precisam mudar de atitude porque já têm as informações necessárias. “Assim sendo, reforçada o programa de conscientização nas escolas, nos centros de cultura, nas associações e comunidades, o que é extremamente importante”. Paralelamente, acontecem campanhas permanentes de despistagem ou descontrações em grávidas. Além disso, os doentes são acompanhados de perto e as mães recebem apoio para aleitamento das crianças(15).

José António dos Reis ressalta que gostaria que as campanhas na rádio, televisão e outdoors fossem permanentes. O problema é que o financiador (o Fundo Global) que controla os gastos por meio de prestações de conta. “O facto de não ter feito as campanhas de prevenção nos meios de comunicação social, não significa que estamos a dormir à sombra da taxa da prevalência que é baixa. Apenas financeiramente não dá manter os programas ou spots contínuos nas rádios, na TV e nos jornais, porque custam muito caro. Mas o trabalho vem seguindo, e bem, com os reduzidos recursos disponíveis”. O CCS-AIDS, refira-se, está a desenvolver um programa de dois milhões de dólares aprovado pelo Fundo Global para ser implementado em duas fases. A primeira fase terminou em Março de 2012 e a segunda vai até 2015. A comitê trabalha ainda com outros parceiros, nomeadamente as Nações Unidas e o Brasil, país que no quadro da Cooperação Técnica Horizontal Sul-Sul em Saúde, fornece antirretrovirais e capacitam tecnicamente os profissionais cabo-verdianos(15).

2.3 CASOS DE HIV/AIDS EM GUINÉ-BISSAU

O primeiro caso de infeção pelo vírus de HIV/AIDS diagnosticado na Guiné-Bissau foi registado em 1985/1986, no Norte do país. A epidemia se caracteriza pela coexistência de dois vírus, HIV-1 e HIV-2, cada um com um perfil epidemiológico diferente. Um estudo inicial realizado em 1987, na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, mostrou a mais alta taxa de prevalência de HIV-2 do mundo (8,3%), enquanto nenhum caso de HIV-1 havia sido confirmado. Atualmente, estima-se que 53 mil adultos estejam infectados. Durante o período 2003-2005, sequências de testes foram realizados no país, verificou-se que 10 em cada 384 crianças, ou seja, 2,6% das crianças eram soropositivas. O chamado “Brasil+7” pretende garantir acesso universal ao tratamento às pessoas que vivem com AIDS, e à prevenção contra o HIV/AIDS bem como os cuidados integrados(8).

Todas as crianças da Guiné-Bissau portadoras de HIV/AIDS terão a partir de agora, o acesso aos medicamentos antirretrovirais, graças a uma campanha de tratamento promovida pelas Nações Unidas, onde mais de 1500 crianças são infectadas anualmente. “Cerca de 6000 crianças na Guiné-Bissau infetadas pelo HIV/AIDS não podem ser ignoradas, pelo que é imperativo dar uma resposta imediata às suas necessidades adjacentes e inverter a tendência da propagação de HIV/AIDS” disse o Jean Dricot, Representante da UNICEF no país, durante o lançamento da aliança entre a UNICEF, e o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS e os Governos de Brasil e da

Guiné-Bissau. Existe um programa nacional de tratamento de HIV/AIDS, e está sendo dada formação ao pessoal médico, ao mesmo tempo em que estão sendo disponibilizados medicamentos para travar a infecção anual de mais de 1500 crianças. Até agora, menos de 1% das crianças recebem tratamento. Estima-se que 15 mil jovens vivam com o HIV/AIDS. Em 2005, a taxa de prevalência entre as mulheres grávidas que deram entrada no Hospital Nacional Simão Mendes na capital do país, Bissau, era de 7,3%(12).

2.3.1 O AUMENTANDO DOS CASOS DE HIV/AIDS NA GUINÉ-BISSAU

Tal como o Cabo-Verde, a Guiné-Bissau também apontam a falta de informação e conscientização como os principais fatores identificados pelos especialistas guineenses no combate a propagação e da disseminação dos vírus de HIV/AIDS. No país o número de casos de infecção pelo HIV/AIDS vem aumentando, principalmente entre os jovens na faixa etária de 15 a 25 anos. A falta de conhecimento sobre as vias de transmissão do Vírus de HIV, e o estigma à volta da doença são os principais fatores que contribuem para o aumento do número de casos. Portanto, o estudo realizado em 2010 a nível nacional apontava para uma taxa de prevalência de 3,3% na população em geral, com maior incidência nas grávidas, profissionais do sexo e motoristas. Zylene Menut, secretário executivo da Organização de Luta Contra a AIDS, numa entrevista, admite que a prevalência do HIV na faixa etária dos 15 aos 25 anos está relacionada com a falta de informação e conscientização. As pessoas na faixa etária dos 15 aos 25 anos apresentavam menos 15% de conhecimento sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV/AIDS(16).

2.3.2 ESTIGMA COMO FATOR DE TRANSMISSÃO

O especialista em medicina geral e familiar afirma que, o estigma na sociedade guineense como fator de estrangulamento no tratamento dos soropositivos. Dentro da comunidade médica é grande observa-se a discriminação, sobretudo devido à falta de preparo e conhecimento do técnico sobre o assunto. Pois, os soropositivos são considerados pessoas infieis. Por incrível que pareça, há técnicos de saúde que também, por pouca preparação, se referem aos técnicos de saúde que atendem pacientes com HIV/AIDS como médicos da AIDS. “Essa atitude leva a uma terceira forma de estigma: o auto-estigma dos próprios doentes”. A Guiné-Bissau apresenta taxa de prevalência do HIV/AIDS de 3,3%. Em comparação com países como Senegal e Cabo-Verde, cujos valores percentuais estão abaixo dos 2%. O Fundo Mundial de Luta Contra o HIV/AIDS, o principal financiador do Secretariado Nacional de Luta Contra a AIDS, suspendeu o seu apoio na sequência do golpe de Estado de 12 abril de 2012, tendo-o retomado em 2013 com o desembolso de cerca de 6 milhões de Euros(16).

2.3.3 **EM MOÇAMBIQUE A DOENÇA PRODUZ MUDANÇAS DRAMÁTICAS**

O HIV e AIDS continuam a criar caos em números elevados de indivíduos, famílias e comunidades. O primeiro caso de HIV e AIDS em Moçambique foi registrado em 1986. Por volta de mês de dezembro de 1999, o total dos casos havia chegado a 17.224, com incidência maior no grupo etário dos 20-39 anos de idade. A proporção de homens para mulheres é de 1:1(17).

A prevalência do HIV/AIDS em Moçambique na população adulta entre 15- 49 anos em 1987 foi de 3,3%. Em 2000 este número aumentou para 16%. Durante o ano de 1999, estima-se a ocorrência em média de 700 novos casos de infecções por dia. O ritmo de prevalência aumentou drasticamente depois do acordo de paz em Moçambique, em Outubro de 1992, como resultado do aumento da morbidade populacional incluindo o reassentamento da população, migração e turismo. Em Moçambique, o HIV/AIDS é majoritariamente transmitido por meio de relações heterossexuais desprotegidas, com um parceiro infectado(17).

As estimativas para Moçambique sugeriam que até o fim de 1999 havia mais que 1.389.000 de casos cumulativos de HIV/AIDS; aproximadamente 83.600 pessoas morrerão em consequência do HIV/AIDS, dentre as quais 14.000 eram crianças. A epidemia de HIV/AIDS em Moçambique produzirá mudanças dramáticas na estrutura da população. As projeções indicam que sem a epidemia e o total da população em 2006 seria de 20,3 milhões de habitantes, mas este número vai se reduzir para 18.3 milhões por causa da AIDS. Por outro lado, a expectativa de vida sem HIV/AIDS estava estimada em 47 anos em 2005. Mas com a doença, a e de vida em 2005 vai se reduzir a 35,7 anos. A proporção de dependência vai aumentar devido à redução do número de adultos em idade economicamente ativa. O número estimado de órfãos 257.000 duplicará nos três próximos anos, aumentado para quase 880.000 até ao ano 2006(17).

http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2000/001201_aidsmozambique.shtml

2.3.4 **AS ÁREAS RURAIS APRESENTAM A MESMA PREVALÊNCIA QUE AS URBANAS**

Assim como em outros países, Moçambique apresenta o rápido crescimento dos casos de HIV/AIDS, em consequência disso o elevado número de mortes que impossibilita ignorância do problema. Já que, em Moçambique os jovens são os mais afetados pelo HIV/AIDS. O nível de infecção aumentou mais no sexo feminino, isto demonstra que existe desigualdade em termos de gênero. Fatores sócios que contribuem para a propagação da epidemia em Moçambique incluem: o elevado índice de pobreza e desigualdade econômica, isto associado aos níveis de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), a existência de um número significativo da população adulta com parceiros ocasionais e o uso limitado de preservativos(17).

O aumento da mortalidade e da morbidade por causa da AIDS provoca um impacto devastador nas famílias especialmente para as mulheres. Estima-se que a mortalidade infantil e pré-

natal em Moçambique atingirá 20%, com resultado da AIDS e suas infecções. Espera-se que a mortalidade materna venha também a aumentar ao mesmo ritmo. A proporção de crianças órfãs por causa da AIDS, que já é alta por causa da mortalidade materna e da guerra civil, continuará a crescer com proliferação da epidemia, por isso, o nível de pobreza poderá aumentar(17).

A epidemia continua escondida por várias razões: a AIDS tem a tendência de se desenvolver oito a dez anos depois da infecção pelo HIV, muitas pessoas nunca são diagnosticadas, várias pessoas morrem antes de o diagnóstico ter sido feito, e outras pessoas não revelam o seu diagnóstico por medo ou por razões culturais, os casos de AIDS e suas mortes geralmente não são conhecidos. O baixo nível social das mulheres, a sua dependência econômica e social em relação aos homens, e a falta de controle da sua sexualidade cria barreiras para a mulher na sua habilidade de negociar sexo seguro, o que faz com que este grupo seja o grupo com maior risco de infecção(17).

Por outro lado, certas práticas tradicionais, o casamento prematuro e o fraco acesso aos setores de saúde e educação aumentam a sua vulnerabilidade e risco de contrair DSTs e HIV/AIDS. A maior parte da população moçambicana depende da agricultura de subsistência ou do mercado informal para sobrevivência. Ao mesmo tempo, o impacto social que terá como consequência a ruptura das estruturas familiares tradicionais e comunitárias e como a erosão do capital social(17).

A resposta nacional moçambicana à epidemia foi iniciada em 1988, com a criação no Ministério da Saúde o Programa Nacional de Combate à HIV/AIDS. A participação de outros Ministérios era limitada, o problema está concentrado dentro do sector de saúde. Em 1999, o governo de Moçambique iniciou o processo da formulação do Plano Estratégico Nacional (PEN) 2000-2002 no combate à HIV/AIDS. O objetivo do PEN é de intensificar a resposta à epidemia através de parcerias entre o governo e a sociedade civil. As prioridades são: a) - Redução da transmissão do HIV através da promoção da prática de sexo seguro abrangendo 1,6 milhão de moçambicanos, correspondente à população de alto risco (populações jovens com alta morbidade). b) - Providenciar cuidados e apoio as pessoas que vivem com HIV/AIDS e as suas famílias, incluindo seis mil órfãos. c) - Concentrar nos jovens e outros grupos vulneráveis (mulheres, trabalhadoras de sexo e seus clientes, população com alta mobilidade). d) - Redução do impacto para infectados e órfãos. e) - Concentração nos corredores comerciais. Atualmente já está em vigor o Plano Estratégico Nacional III (PEN III – 2010 a 2014), aprovado pelo governo em marco de 2010(12).

As atividades essenciais no que concerne a área da prevenção incluem a promoção do preservativo, educação sexual, controle de DSTs, aconselhamento e testes voluntários e confidenciais. Em termos de redução de impacto, as atividades incluídas são o tratamento de doenças oportunistas, cuidados domiciliares, treino vocacional e atividades geradoras de rendimento. O processo de descentralização que abordagem multisectorial será garantida através da instalação de um novo corpo de coordenação, O Conselho Nacional de AIDS (CNS). O gabinete do Primeiro

Ministro que trabalha com pontos focais na prevenção do HIV/AIDS em todos os Ministérios, núcleos provinciais e regionais, ONGs e outros parceiros(12).

Em relação ao tratamento com antirretrovirais (TARV), até de dezembro de 2009 havia 156.688 adultos e 13.515 crianças com menos de 15 anos de idade em TARV, totalizando 170.198 pacientes em TARV, o que representa um grau de cumprimento acima dos 100% (108%) do planejado pelo setor de saúde. Deste modo, no ano de 2009, observou-se um aumento em cerca de 41.673 doentes em tratamento, com uma média de crescimento mensal de 3.473 doentes(12).

Relativamente à expansão dos serviços registou-se um crescimento destes na ordem de 11%, relativamente a 2008, um grau de realização em cerca de 97%. Apesar da expansão significativa dos serviços TARV, a sua cobertura, para quem necessita destes serviços, ainda é baixa no país. Até dezembro de 2009 aproximadamente 373.020 adultos e 72.652 crianças nos estágios avançados de AIDS necessitavam do TARV, o que significa que do total de PVHIV necessitando de TARV, cerca de 42% dos adultos e 19% das crianças recebiam o tratamento. Verificou-se uma redução de 21% em 2008 para 19% em 2009 devido às novas orientações do MISAU para o tratamento pediátrico. Contudo, o número absoluto cresceu de 9.393 crianças atendidas em 2008 para 13.510 crianças em 2009(12).

2.3.5 MOÇAMBIQUE É UM DOS PAÍSES MAIS AFETADOS PELO HIV/AIDS

Um relatório divulgado pela ONU coloca Moçambique na lista dos 15 países mais afetados pelo HIV/AIDS. Estima-se que, em 2013, houvesse 1,4 milhões de novos casos no país. O Programa Conjunto da ONU para o HIV/AIDS (ONUAIDS) estima que, em 2013, tenham ocorrido 2,1 milhões de novos casos da infeção a nível mundial. Desses, mais de 75% ocorreram em apenas 15 países, e um deles é Moçambique. O resto da lista é composto pela África do Sul, Nigéria, Índia, Quênia, Uganda, Zimbabué, Tanzânia, Estados Unidos da América, Zâmbia, Malawi, China, Etiópia, Federação Russa e Brasil. Os mesmos que compõem a lista de onde reside a maioria das populações mundial que vive com HIV(18).

<http://www.dw.com/pt/mo%C3%A7ambique-%C3%A9-dos-pa%C3%ADses-mais-afetados-pelo-hiv-sida/a-17790563>

Cerca de 1,6 milhões habitantes que estão vivendo com HIV/AIDS, Moçambique acolhe 4% dos casos que se estima existirem a nível mundial, e 6% da África subsaariana, segundo o relatório da ONU. Aliás, é nesta região que residem 71% do total das pessoas infetadas, com dez países a compor 81% dos casos na região, incluindo Moçambique. Apesar de, tanto na região como no país, o número de ocorrências ter aumentado entre 2005 a 2013, em ambos os casos a prevalência diminuiu. Moçambique passou de 11,1% para 10,8%. Uma tendência que é replicada nalguns dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Na Guiné-Bissau de 4% para 3,7%, e em São Tomé e

Príncipe de 1,4% para 0,6%. Cabo-Verde manteve-se nos 5%, e em Angola houve um aumento de 1,9% para 2,4%(18).

2.4 MOÇAMBIQUE TEM FOCADO E APOSTADO NO TRATAMENTO DAS PESSOAS INFETADAS EM VEZ DE PREVENÇÃO

De acordo com o diretor da ONUAIDS em Moçambique considera que, o surgir de novos casos em grande escala no país, deve-se basicamente à falta de atividades na área de prevenção. Zelaya explica que nos últimos anos, a resposta tem sido mais forte no reforço das atividades de tratamento. Sendo que o país, só nos últimos anos, tem mais de 60% das pessoas que precisam de tratamento e está a receber tratamento. A aposta no tratamento obteve resultados que o responsável vê com bons olhos, mas há lacunas que devem ser preenchidas para que estes sejam mais eficazes(18).

Ainda tem outros problemas em Moçambique, a percentagem de pessoas que permanecem nos programas de tratamento depois de um ano é de aproximadamente 72% nos adultos e 66% nas crianças. De outra forma, mais de um quarto das pessoas que começam o tratamento, deixa-o antes do primeiro ano. E isso impede que se tenha um bom impacto na resolução das novas infeções. A aposta nas atividades de prevenção é apontada como uma das prioridades necessárias. Ao contrário do que acontece em geral na África subsaariana, onde houve uma queda de 39%, em Moçambique, o número de mortes por causa da infeção aumentou em 13% desde 2005(18).

As mulheres são as mais vulneráveis, relatório nota ainda que as maiorias das infeções ocorram em adultos com mais de 25 anos, mas a grande proporção dos casos ocorre nas mulheres jovens e adolescentes, por isso são consideradas as mais vulneráveis. Portanto estas vulnerabilidades muitas vezes associam-se as situações de violência de género e falta de acesso à educação sexual e aos serviços de saúde. José Enrique Zelaya destaca que as atividades de prevenção devem focar-se nas jovens(18).

Há a necessidade de olhar para atividades de prevenção, especialmente nas adolescentes, e outras ações para diminuir a vulnerabilidade das pessoas assim como o estigma e a discriminação das populações mais afetadas. Moçambique é dos países mais afetados pelo HIV/AIDS. Neste país, mais metade das pessoas portadoras do HIV/AIDS vive em apenas 18 distritos, o que corresponde a 14% dos distritos do país. A densidade de casos coincide com o corredor da Beira até Mutare, que liga o país ao Malawi, Zâmbia e Zimbabué, com o corredor de desenvolvimento de Maputo e com a área à volta de Quelimane(18).

2.4.1 PRIMEIROS CASOS E A PREVALÊNCIA DE HIV/AIDS SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Os primeiros dados de pessoas afetadas pelo vírus de HIV/AIDS foram conhecidos em 1985. Nessa altura as autoridades sanitárias de São Tomé e Príncipe falavam em mais de 150 casos, dos quais pelo menos oito morreram. Sabe-se que os primeiros doentes com sintomas de AIDS são provenientes de Libreville, Gabão, país vizinho de São Tomé e Príncipe, e onde a emigração é bastante acentuada. Está sendo levada a cabo uma pesquisa para atualizar os dados sobre o HIV/AIDS em São Tomé e Príncipe, revelou o coordenador do Programa Nacional de Luta Contra a AIDS. Duas brigadas móveis vão percorrer as diversas comunidades do país para efetuar testes em pelo menos em 26 mil pessoas, das quais 15 mil deverão ser mulheres. O objetivo previsto é que até para o final de ano de 2014, que esteja na posse do Ministério da Saúde os novos dados sobre o HIV/AIDS e poder divulga-los com maior precisão(19).

Atualmente, a situação do HIV/AIDS mantém-se estável como dos últimos dados, em que a prevalência nacional é de 1,3% na população infetada com o vírus do HIV. Está em curso um estudo e no final dele pode-se afirmar com maior rigor sobre os novos dados em relação à proliferação da doença no país. Hoje, o país está em condições de fazer uma análise para dizer se a soroprevalência diminuiu ou se aumentou e como também se manteve estável. Dentro do plano estratégico, reforça-se a atividade sobre a mudança de comportamento e despistagem de HIV/AIDS, não só nos serviços de saúde como na população em geral. E nesse âmbito, implica que os quadros técnicos irão até as comunidades para incentivar as pessoas a fazerem o teste de HIV/AIDS. Isto é, uma das maneiras de responder as recomendações da ONUAIDS. Ressalta a necessidade de o país continuar a beneficiar dos apoios dessa instituição das Nações Unidas para combater o aumento da soroprevalência(12).

Para atingir ao acesso universal, e levar todas as atividades do HIV/AIDS à população, é necessário que tenham em mente quantas pessoas estão infetadas e a partir daí oferecer todos os cuidados com relação à doença. O coordenador do Programa Nacional de Luta Contra a AIDS congratula-se com a “colaboração” das pessoas inquiridas. Constata hoje que a população está mais sensibilizada sobre o problema do HIV/AIDS disponha-se para fazer testes sem colocar dificuldades, é um bom sinal, pois vai facilitar no cumprimento do programa estabelecido(12).

2.4.2 TERAPIA ANTIRETROVIRAIS DISPONÍVEIS E FATORES RELACIONADOS À AQUISIÇÃO DE RESISTÊNCIA

O desenvolvimento dos antirretrovirais mudou a vida dos indivíduos com HIV/AIDS, apesar do crescimento da epidemia no mundo. A interação do HIV com o sistema imunológico do hospedeiro é complexa. O vírus utiliza proteínas de superfície das células do sistema imune para penetração. A infecção inicia-se com a penetração do vírus nas células por meio da ligação da proteína gp120 com a molécula CD4 (FOCACIA & VERONESI, 2007) (23) que é expressa em Linfócitos T auxiliares (LT CD4+), macrófagos e células dendríticas (BISMARA, 2006) (21). Por esta razão, o quadro clínico da AIDS é caracterizado em função da contagem sanguínea de LT CD4+ no indivíduo infectado, e da

caracterização das condições clínicas relacionadas à infecção por HIV (PEÇANHA et al., 2002) (24). Após a identificação do agente causador da AIDS, os avanços mais expressivos têm ocorrido no desenvolvimento de fármacos antirretrovirais (ARV) efetivos para o tratamento dos indivíduos infectados com HIV (DOMINGOS, 2006) (25).

A terapia antirretroviral (TARV) iniciou-se em 1986 com o uso da zidovudina (AZT), inibidor da transcriptase reversa do HIV, testada previamente em doenças oncológicas (LOPES, 2007) (26). Na atualidade, dispõe-se de grande número e crescente de agentes antirretrovirais para o tratamento de pacientes infectados principalmente, por HIV-1 (KATZUNG, 2006) (27). Todas as etapas no ciclo de replicação do HIV são alvos potenciais para uma droga antiviral (STROHL et al., 2004) (28). É evidente a eficácia terapêutica, principalmente após a introdução do conceito da HAART (Highly Active Antirretroviral Therapy – Terapia Antirretroviral Altamente Eficaz), que é a combinação dos inibidores de protease e transcriptase reversa, de forma a ser extremamente efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA - HIV-1 para níveis indetectáveis (COLOMBRINI et al., 2006) (29). No entanto, existem importantes barreiras no sucesso a médio e longo prazo do tratamento. As principais dificuldades estão associadas com a toxicidade dos medicamentos, adesão do paciente e resistência viral (FALCI et al., 2006) (30).

A não adesão ao tratamento com a associação dos ARV tem sido considerada como um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento, na dimensão individual, e para a disseminação da resistência viral, em nível coletivo (BRITO et al., 2006) (31). A resistência é dividida em primária e secundária: A primária é a que já está presente mesmo antes do uso da medicação pelo indivíduo infectado. A secundária é aquela que aparece em consequência da pressão seletiva exercida pela TARV (CAVALCANTI, 2005) (32). Pacientes primariamente infectados com cepas de HIV-1 resistentes ao AZT foram identificados já em 1993, seis anos após a sua introdução como agente ARV (KALMAR, 2007) (33). A partir de 2003, a publicação de testes de resistência medicamentosa tornou-se generalizada no mundo desenvolvido e tem sido aceita como um importante suplemento para a gestão de doentes com viremia detectável no plasma que estão a receber TARV.

Além disso, a transmissão de pessoa a pessoa de vírus resistentes aos medicamentos, ocorre em uma variedade de aspectos, incluindo entre adultos e de mãe para o filho, indicando que os testes de resistência aos medicamentos antes de iniciar a terapia pode ser útil até mesmo para pacientes virgens de tratamento. Novas mutações resistentes que conferem resistência a medicamentos mais velhos continuam a ser identificado a cada dia (HIRSCH et al., 2008) (34). Portanto torna-se imprescindível desenvolvimento de novas alternativas de tratamentos antirretrovirais contra HIV/AIDS, além da realização de testes de resistência, para que se obtenha a diminuição da taxa de mutação e a cura definitiva do vírus HIV e AIDS(13).

3 **COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE O BRASIL E OS PAÍSES DE PALOP EM EDUCAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE**

O Brasil por meio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), RETS e RET-SUS apoiado pelo Ministério da Saúde elaboraram um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), para desenvolver a cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), cuja finalidade é fortalecer a educação técnica em saúde, financiando vários projetos em diferentes áreas de saúde(20). O projeto foi discutido e assinado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), em 2008, na cimeira de CPLP/PALOP na cidade de Praia, República de Cabo-Verde(15). No acordo foi ressaltado o desenvolvimento de outras atividades tais com:

Oficina para a Estruturação e Implementação de Formação de Técnicos intermediários na Escola Nacional de Saúde, de 29 de junho a 5 de julho de 2008, em Praia a Capital de Cabo-Verde. Entre os resultados, a elaboração da proposta para o curso de Manutenção em Equipamento Médico-Hospitalares em Ambientes de Saúde, para orientação na Universidade de Cabo-Verde no processo de estruturação do curso(4).

Dada a importância desse acordo desenvolvido entre o Brasil e os PALOP, percebe-se que houve um amplo apoio na luta contra a epidemia de HIV/AIDS por parte do Brasil aos PALOP. Pode-se identificar também uma solidificação e fortalecimento da cooperação. A área que tem recebido maior investimento brasileiro é a saúde, e entre os cinco lusófonos, o país com o qual a cooperação em saúde é mais intensa é o Moçambique(4).

A cooperação executada pelos Ministérios das Relações Exteriores e pelo Ministério da Saúde por intermédio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), da Farminguinhos e da Agência Brasileira de Cooperação de MRE que tem como diretrizes “Apoiar projetos vinculados, sobretudo, aos programas e prioridades nacionais de desenvolvimento dos países recipiendários”(20). Segundo Paulo Buss, ex-presidente da Fiocruz, explica que a cooperação entre o Brasil e os cinco países lusófonos da África, que se dá no âmbito da CPLP, por meio da elaboração de um Programa Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP)(5).

O Conselho de Ministros da Saúde da CPLP/PALOP elaboraram um plano que “tem o propósito central de fortalecer, através da cooperação técnica, a institucionalidade do setor da saúde, e vale dizer, que os sistemas de saúde dos países membros”. O plano se orienta pela estratégia da “atenção primária em saúde” indicada pela OMS, como principal orientação política, assim como as ‘chamadas instituições estruturantes dos sistemas de saúde’, entre as quais se encontram as Instituições Nacionais de Saúde (INSP), as Escolas Nacionais de Saúde Públicas (ENSP), as Escolas Politécnicas de Saúde (EPS), “que servem para a formação de pessoal de nível médio, área

importantíssima no contexto de saúde da África”, outros Institutos Nacionais e as escolas de graduação em saúde(20).

Para Paulo Buss, alguns projetos desenvolvidos pela Fiocruz podem dimensionar a cooperação entre o Brasil com os PALOP, é o caso da inauguração da Fiocruz África, a promoção para desenvolvimento das instituições de saúde, e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde. A inauguração do primeiro escritório da fundação no exterior, a Fiocruz África ocorrida em 2008, marca a consolidação da Fiocruz no continente africano, o mesmo que a Fundação está ampliando sua presença internacional, principalmente nos países africanos de língua portuguesa. A Fiocruz África é como um escritório regional, que está fisicamente localizado na cidade de Matola na província de Maputo em Moçambique, mas é acreditado no âmbito diplomático junto à União Africana (UA)(4).

A Fiocruz tem como finalidades: articular, acompanhar e avaliar os programas de cooperação em saúde desenvolvidos pelas unidades da Fiocruz com os países africanos. Esses programas de cooperação abrangem: os cursos de pós-graduação em diferentes áreas, capacitações em serviços, ensinamentos à distância e formação politécnica, implantação e formulação dos Institutos Nacionais de Saúde dos países de CPLP/PALOP, transferência de tecnologia para área de produção, e apoios diferenciados para o fortalecimento de serviços de saúde dos países de CPLP. Dentro desses programas está prognosticada também a proveniência periódica dos alunos e profissionais à Fiocruz no Brasil, por períodos variados, para complementação de treinamentos, capacitações e formações acadêmicas e aperfeiçoamento técnico-profissional(2).

Para o desenvolvimento institucional da saúde nos países africanos de língua portuguesa (PALOP), dá-se através de apoio estabelecidos nos Institutos Nacionais de Saúde de Moçambique e da Guiné-Bissau, em parceria com Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Pública (IANPHI, a sigla em inglês), da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola, das Escolas Técnicas de Saúde de Cabo-Verde, Guiné-Bissau e Moçambique, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança de Moçambique, da Universidade de Cabo-Verde, com orientação voltada para profissionais de saúde, e de uma companhia pública e estatal de medicamentos em Moçambique para produzir drogas antirretrovirais e outros medicamentos. Também estão na pauta da Fiocruz, a oferta de cursos para a área de saúde e o intercâmbio na área de produção de vacinas e kits de diagnósticos de HIV/AIDS(2).

Farminginhos está desenvolvendo os estudos para criar fórmulas de antirretrovirais, especificamente destinadas à necessidade do continente africano. Está aí o caso de produção de pílula “três em um”, já diferente daquela desenvolvida pelo Brasil. No caso de “três em um”, o componente Zidovudina será substituído por Estavudina, e já existe um estudo que mostra que os pacientes africanos não estão respondendo muito bem à Zidovudina. Para ex-presidente da Fiocruz, Paulo Buss, existe uma dívida histórica entre o Brasil e África, pois o povo brasileiro tem profundas

raízes africanas, porque foram trazidos os africanos obrigatoriamente na pujança de seu continente para Brasil e serem escravizados nas terras brasileiras. Ele afirma ainda de que: “já chegou a hora de Brasil dar a mão aos seus irmãos africanos que vivem em situações sociais de saúde inimagináveis na CPLP ‘ Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe’ além de Timor Leste”(5).

A Fiocruz participa também como observador consultivo em saúde na CPLP e nos PALOP. O convite para participar da instituição foi feita em 2007, de acordo com o objetivo principal que teve a Fundação, e de um esforço coordenado para criar um plano estratégico que visa sanar os problemas e as dificuldades de temas de saúde, principalmente a formação de recursos humanos em saúde, no âmbito da CPLP e PALOP. O ex-secretário-executivo da CPLP, Luís Fonseca, destacou o papel da Fiocruz como: ‘uma das mais prestigiadas instituições em saúde de mundo’ na melhoria dos sistemas de saúde e na capacitação de recursos humanos que desestimularia a emigração dos profissionais da área de saúde. Um dos grandes problemas enfrentados pelos países de CPLP e dos PALOP, é a fuga ou emigração de especialistas das áreas de saúde. Seria preciso criar as condições para que os profissionais de saúde como: (médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais de saúde), para que possam afixarem-se, e mais pessoas capazes de gerir com competência os sistemas de saúde nos seus países de origem(2).

Também é necessário melhorar a capacidade de diagnóstico de doenças, a vigilância epidemiológica e capacitar os profissionais para o uso de equipamentos. Mas é essencial reforçar os sistemas de saúde dos países-membros, formar os profissionais capazes de gerenciá-los e fazê-los funcionar. Concluiu-se que a presença de Fiocruz só poderá enriquecer as atividades tanto de lado do Brasil assim como do lado da CPLP, dos PALOP e trazer mais benefício técnico(2).

Para Gallo et al, (2010) apontam que as experiências positivas do Sistema Único de Saúde brasileira (SUS), como um esforço ao argumento de que a saúde é um vetor importante da política externa brasileira de cooperação, essa política externa de cooperação que é mensageira duma Agenda Política, mas também técnico operacional. Dessa forma, há, portanto um conjunto dos conhecimentos, experiência que compõem a base intelectual, técnica que habilitam saúde a ser uma das áreas de ponta para fortalecer a proposta da política externa de cooperação, colocando o Brasil como um interlocutor importante no cenário internacional dos países e áreas governamentais, da sociedade civil e empreendedores em termo de uma política que aprofunda a integração na sul-américa e na sua relação Sul-Sul em saúde, e na perspectiva de fomento soberano e sustentável(21).

3.1 **A COOPERAÇÃO VIGENTE ENTRE ANGOLA E BRASIL**

Nas prioridades do governo angolano, no que tange à saúde é relativamente à organização de seu sistema de saúde. Estão focadas as necessidades de Angola, a Fiocruz preparou um projeto de fortalecimento de Sistema de Saúde da República Popular de Angola, principalmente nas áreas de

ensino, ciência e tecnologia, assim também na comunicação e informação. O tal planejamento está supervisionada pelos Ministérios da Saúde de ambos os países e supervisionado pela Fiocruz. O combate à malária é orientado pela Assistência Médica e pelo Ministério da Saúde, e tem por objetivo dar apoio ao Programa de Prevenção e Controle de Malária e reduzir os casos de paludismo em Angola(8).

Existe ainda outro projeto de combate à malária, que diz respeito à identificação das necessidades angolanas em relação ao paludismo, a fim de aplicar programas que possa ir ao encontro das demandas de cada região. O mesmo projeto analisa ainda as demandas nas áreas de Saúde da Família, Nutrição, Cuidado com a Saúde e Banco de Leite Humano e é coordenado pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), realizado pelos Ministérios da Saúde dos dois países. ABC coordena ainda o programa de reestabelecimento ou de reestruturação das redes de bibliotecas que tratam de cuidados com a saúde em Angola e de Moçambique. Participa desse programa o Ministério da Saúde do Brasil através da Fiocruz e dos Ministérios da Saúde de Angola e de Moçambique(8).

3.1.1 **A COOPERAÇÃO VIGENTE ENTRE CABO-VERDE E BRASIL**

Atualmente, Cabo-Verde é o país africano que mais recebe a cooperação brasileira em relação ao resto do mundo, superado somente pelo Haiti. Mas, se for comparado em termo da cooperação na área de saúde Cabo-Verde posiciona-se em penúltimo. Uma das prioridades de Cabo-Verde é a melhoria do seu sistema de saúde, portanto o Brasil oferece projetos neste de apoio neste sentido(2).

Brasil vem apoiado o desenvolvimento do Sistema de Informação de Saúde cabo-verdiano, que encontrava na época em fase de instalações nos hospitais das suas principais cidades, na cidade de Praia a capital e na Mindelo numa outra província. O sistema permite o gerenciamento de estoques de medicamentos, de consultas medicas, de diagnósticos e de internações, além de permitir o acompanhamento de ações destinadas à saúde reprodutiva(2).

A Fiocruz desenvolve um projeto que objetiva o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde de Cabo-Verde. O projeto vem diagnosticando as estratégias prioritárias e desenvolvendo aspectos técnico-científicos no campo da saúde e prevê ainda a instalação duma Escola Politécnica de Saúde em Cabo-Verde(2).

Agência Brasileira de Cooperação e a Fundação *Jorge Dupret Figueiredo* de Segurança e Medicina de Trabalho – FUNDACENTRO, do Brasil, e a Inspeção geral do Trabalho. Cabo-Verde vem promovendo o treinamento nas áreas de segurança, higiene, saúde local no trabalho e prevenção de risco para trabalhadores. Trata-se dum programa que busca levar as informações necessárias aos assistentes sociais e ou profissionais que trabalham em saúde e segurança do trabalho, objetivando

que eles possam cumprir as suas obrigações mais efetivamente e prevenir os problemas de saúde de trabalho(2).

Os Ministérios da Saúde do Brasil e de Cabo-Verde têm trabalhado no combate da Doença de Anemia Falciforme, que é genética e hereditária, através da troca de informações e dados sobre as atividades desenvolvidas em Cabo-Verde em relação a essa doença. Ambos os Ministérios trabalharam também no combate à malária, e encontram-se restrita à Ilha de Santiago(2).

3.1.2 **A COOPERAÇÃO VIGENTE ENTRE GUINÉ-BISSAU E BRASIL**

A Guiné-Bissau é o país membro de CPLP/PALOP que exponha menos quantidade de projetos de cooperação técnica em saúde com o Brasil, e é beneficiário com apenas 7% dos projetos desenvolvidos pelo Brasil e coordenados pela Fiocruz. Com Criação da Escola Técnica de Saúde, e a Elaboração de Providências Concretas do Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS) no país. Tirando esses dois programas, o Brasil através da Fiocruz, em conjunto com Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde Públicos (IANPHI, a sigla em inglês); tem trabalhado na criação do Instituto Nacional de Saúde da Guiné-Bissau. Também a Fiocruz dá apoio para guarnecer os meios de defesa do Sistema Nacional de Saúde do país, e com as ações como: assistência à reestruturação da rede de bibliotecas sobre saúde, a reestruturação da Escola Politécnica de Saúde e a ampliação do Laboratório Nacional de Saúde Pública, esses projetos são desenvolvidos pela Agência Brasileira de Cooperação. A ABC é responsável pelo projeto que objetiva, Assessorar o Programa de Prevenção e Controle da Malária (AGENCIA BRASILEIRA DE COOPERA, 2010).

O projeto funciona através do diagnóstico da doença na Guiné-Bissau, com a coleta de dados e preparação dum relatório sobre a situação epidemiológica, diagnóstico, tratamento e controle dos vetores causadores de malária na Guiné-Bissau. Os executores do projeto são Ministério da Saúde brasileira, Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS) e, pelo lado guineense o Ministério da Saúde Pública (MS/GB). A Agência Brasileira de Cooperação coordena projetos de diagnóstico sobre a Doença Anemia Falciforme na Guiné-Bissau.

Com a visita oficial do Presidente guineense, Malam Bacai Sanhá ao Brasil em agosto de 2010, reforçou os laços que acoplam o Brasil e a Guiné-Bissau. Os projetos de cooperação que já existiam foram reforçados e mais seis acordos foram rubricados pelo Presidente do Brasil, Lula Inácio da Silva e Presidente de Guiné-Bissau Malam Bacai Sanhá, na área da saúde foi assinado acordo de adequação integrante ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica entre os Governos do Brasil e da Guiné-Bissau para Cooperação Técnica no Combate ao HIV/AIDS(2).

3.1.3 **A COOPERAÇÃO VIGENTE ENTRE MOÇAMBIQUE E BRASIL**

Atualmente, Moçambique tem forte cooperação técnica em saúde. Com total de 40% dos projetos brasileiros destinados aos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) se envolve a Moçambique. Significando, assim, no país africano de língua portuguesa que mais recebe projetos brasileiros na área de saúde. Moçambique é o país onde está instalada a Fiocruz África, com a função de promover a capacitação dos países da África e amparando-lhe na estruturação nos sistemas de saúde e no acondicionamento de enfrentar os graves problemas de saúde do continente(2).

Um projeto de grande prestígio e que merece ser destacado, é a instalação da fábrica de medicamentos antirretrovirais e outros medicamentos genéricos na cidade de Matola, próxima da capital Maputo. Ela foi uma demanda do Governo de moçambicano. Solicitou ao Governo brasileiro o apoio para implementar uma unidade produtora de medicamentos antirretrovirais em Moçambique. A realização da fábrica envolve diversos atores brasileiros e moçambicanos. Do lado brasileiro Farmanguinhos da Fiocruz, mais Assessoria Internacional em Saúde do Ministério da Saúde e a ABC do Ministério das Relações Exteriores. Já da parte moçambicano participaram do processo de realização da fábrica, o Departamento Farmacêutico do Ministério da Saúde e o Instituto de Gestão das Participações do Estado e do Ministério das Finanças(2).

O projeto ainda conta com a parceria da ANVISA e da Fiocruz África, e financiado pelo Ministério da Saúde do Brasil, pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), pela empresa Vale S.A., como também pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças de Moçambique. Foi feita pelo Brasil a doação de 21 dossiês contendo fórmulas de medicamentos a serem produzidos em Moçambique sem a necessidade de pagamento de *direitos ou royalties*(2).

Em sua última deslocação como presidente do Brasil ao continente africano, Luiz Inácio Lula da Silva, visitou as instalações da fábrica, de acordo com as programações e entrou em funcionamento de maneira plena em 2012, também assinou um acordo para construção de um banco de leite materno para ajudar a combater a mortalidade infantil em Moçambique, e a instituição duma organização moçambicana voltada para a saúde materno-infantil(2).

A formação de recursos humanos em saúde e o aperfeiçoamento é uma das prioridades para fortificações de ação do Brasil em Moçambique. A cooperação entre o Instituto Nacional de Saúde (INS) moçambicano e a Fiocruz desenvolveram o Mestrado em Ciências da Saúde, que teve o seu início em março de 2008. A Fiocruz envia professores que passam de uma a duas semanas ministrando módulos do curso no Centro Regional de Mestrado. Projeta-se que os diplomas sejam binacionais, mas, até o momento, o diploma é emitido somente pela Fiocruz. O programa funciona como uma união de três Programas de Pós-graduação do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), nas áreas de Biologia Celular e Molecular, Biologia Parasitária e Medicina Tropical. Também são oferecidos

mestrados e cursos de epidemiologia, saúde mental, saúde do trabalhador, administração hospitalar e planejamento, mestrado em laboratório de saúde pública em Moçambique. No ano de 2009, o programa de pós-graduação da Fiocruz formou sua primeira turma, que recebeu diploma de capacitação profissional em Ciências da Saúde(2).

O Ministério da Saúde do Brasil em seu relatório elaborado para o Grupo Temática de Cooperação Internacional em Saúde, destaca os projetos de cooperação entre Brasil e Moçambique na área da saúde, incluindo o Mestrado em Ciências da Saúde e mais o programa de Fortalecimento do Órgão Regulador de Medicamentos como projetos em execução e ainda mais quatro projetos(2).

O fortalecimento na luta contra a Epidemia de HIV/AIDS, intensificação das Ações de Prevenção e Controle do Câncer, Apoio ao Desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Oral e Implantação do Projeto Piloto de Terapia Comunitária. Foram assinaladas as novas demandas de cooperação, o apoio à formação de quadros técnicos para o recém-aprovado de Instituto Politécnico de Saúde, capacitação no âmbito da modernização da gestão hospitalar(19).

O apoio à criação de instituto na área de saúde materno-infantil e o alargamento da cooperação prestada pela ANVISA na regulação de medicamentos. Moçambique através do Instituto Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, firmado em 2007 uma parceria com a Fiocruz e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para a transferência de conhecimento em biossegurança no país(19).

3.1.4 A COOPERAÇÃO VIGENTE ENTRE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE E BRASIL

Os acordos de cooperação desenvolvem-se entre o Brasil a República Democrática de São Tomé e Príncipe, por meio da Fiocruz, no domínio dos programas de combate à HIV/AIDS e à malária. Por outro lado a Fiocruz apoio o Plano de Cooperação Estratégica em Saúde (PECS) em São Tomé e Príncipe, e além de ajudar no desenvolvimento do seu sistema de saúde, nas redes de serviços, como na preparação de programas de saúde e idealização de organizações(19).

Tudo isso, gerenciada pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), e vem sendo trabalhado o projeto de apoio ao Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe na prevenção e combate do HIV/AIDS. A RDSTP foi incluída na lista dos primeiros beneficiários do Programa de Cooperação Internacional contra o HIV/AIDS, conduzido pelo Ministério da Saúde do Brasil e com o apoio da Organização Mundial da Saúde. Contendo o provimento de antirretrovirais de fabricação brasileira, e treinamento no Brasil das equipes médicas santomenses, passa-se a representar parte essencial do Programa Nacional de Combate à epidemia de HIV(19).

Investir-se a partir dessa troca de experiência pretende-se ampliar a cooperação nas outras áreas como, na formação de outras equipes médicas, na administração e gerenciamento hospitalar,

nas ações previstas, no Protocolo de Cooperação Bilateral em Saúde assinado na ocasião da visita de então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva a São Tomé em 2003. O apoio dado pelo Brasil por meio do programa de controle e prevenção da malária pretende-se que seja aproveitada a experiência brasileira no controle da malária, e principalmente no aparelhamento dos serviços de saúde locais. O projeto tem objetivo principal, apoiar e sustentar a estruturação do Programa de Controle de Vigilância de Malária na República Democrática de São Tomé e Príncipe(19).

3.1.5 *RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ENTRE O BRASIL E OS PAÍSES PALOP A PARTIR DE 2003 A 2014*

A cooperação brasileira com os países africanos lusófonos está inserida na agenda da política de relações externa, e a saúde encontra-se em destaque na agenda de todas as cooperações estabelecida no continente africano, e comprovada grandes comprometerimentos para a sua materialização. Até então o governo brasileiro tem manifestado presença forte através de relações de Cooperação Horizontal Sul-Sul entre países em desenvolvimento(2).

Para além da cooperação Sul-Sul e outras estabelecidas com as instituições tradicionais como, por exemplo, EMBRAPA, Fiocruz e Farmanguinhos que o Brasil instituiu com os países africanos, no entanto, as modalidades de atividades como a saúde, qualificação profissional, agricultura e pecuária, educação, desenvolvimento social, energia e biocombustíveis, esporte, urbanização, cultura e gerenciamento eletrônico merecem ser referenciadas(2).

O setor com maior investimento em termo de projetos de cooperação entre Brasil e os países africanos é o da saúde, o que provavelmente justifica-se pelas coincidências nos tipos de doenças que afetam as populações dos respectivos países. Tanto o Brasil quanto a África são vulneráveis as devidas proporções de doenças por se localizarem entre os trópicos, e são locais onde parcela significativa da população ainda sofre com as doenças já controladas nos países desenvolvidos, como, por exemplo, o caso da tuberculose e a malária. Além disso, nessas duas regiões existem as doenças cujos tratamentos não são pesquisados com afinco pelas grandes empresas farmacêuticas, pois teriam um pequeno retorno financeiro, haja vista, a pobreza da população afetadas por doenças tropicais(2).

Por outro lado, a qualificação profissional constitui o segundo tema em quantidade de investimento em projeto de cooperação. Assim sendo, o SENAI tem desenvolvido um trabalho importantíssimo nesse sentido, pois, através de parceria entre a ABC e o SENAI, o modelo do Sistema de Formação Profissional brasileiro foi implementado nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Não obstante, esses modelos se encontram em pleno funcionamento em Angola, Cabo-Verde e Guiné-Bissau, e com as futuras instalações em Moçambique e São Tomé e Príncipe(2).

O Brasil proporciona a Angola programas de cooperação técnica na área de agricultura, desporto, educação ambiental, saúde pública, ciência e tecnologia, combate a incêndios e salvamento, segurança pública, metrologia e certificação, estatística, administração pública e formação de diplomatas. E com a República de Cabo-Verde, desenvolveu cooperação de apoio nos diversos setores como, por exemplo, nas áreas da educação que inclui o projeto de alfabetização solidária, centro de formação profissional, direitos humanos e um projeto importantíssimo de dessalinização, com o objetivo de dessalinizar as águas de poços em Cabo-Verde, e buscando criar uma alternativa técnica e socialmente diferente para abastecimento de água no país(2).

No que se refere à Guiné Bissau, o Estado brasileiro desenvolveu a cooperação como este país nos domínios da saúde, educação, formação de diplomatas, agricultura, formação profissional, e ajuda no fortalecimento do Centro de Promoção de Caju (CPC). Pois, é importante salientar que o país é grande produtor de caju, porém, quase não dispõe de pessoal com preparo qualificado e pouca infraestrutura para se beneficiar no comércio deste recurso natural. Tudo isso contribui e faz com que esse produto tenha um valor baixo junto no mercado internacional(2).

Brasil por intermédio da Agência Brasileira de Cooperação desenvolveu acordos de cooperação com Moçambique. Uma vez que, este país se preocupa mais com o tratamento dos portadores e doentes de HIV/AIDS do que na prevenção da epidemia, o fato deve-se ao grande número de doentes registrado no país. O que justifica a criação de vários projetos direcionados a área de saúde, que contempla a doação de remédios, capacitação de médicos, a execução de um sistema logístico para o tratamento de doenças e instalação de uma fábrica de Antirretrovirais. Por outro lado, na área da educação, a cooperação está voltada para a alfabetização de adultos e educação à distância. Pois, a perspectiva é conseguir trazer a alfabetização de adultos para a realidade do adulto e transformar essa realidade concreta. Quanto à República Democrática de São Tomé e Príncipe o Brasil proporcionou a este país vasta gama de projetos de cooperação em saúde, prevenção do HIV/AIDS, desporto, educação e projetos de alfabetização de maneira limitada(2).

4 METODOLOGIA

Para materialização desta dissertação foi feito levantamento das informações junto dos Ministérios Públicos Federais e também das instituições que tratam do tema, como da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP/PALOP), do Programa das Nações Unidas da Luta Contra AIDS (ONU/AIDS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Agencia Brasileira da Cooperação (ABC), Pubmed. Pois, utiliza-se uma metodologia de natureza quali-quantitativa com destaque para pesquisa exploratória e documental. A partir da leitura dos capítulos de livros, teses, dissertações e artigos acadêmicos selecionados e que trataram sobre o tema e publicado em revistas científicas nacionais e internacionais.

Os levantamentos bibliográficos através de diferentes bases de dados como de Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Saúde, Agencia Brasileiras de Cooperação, CPLP/PALOP, Pubmed e etc, foram utilizados e atualizados. Por fim, foi amadurecidos os resultados com as devidas discussões. A análise dos dados recolhidas das informações existentes e pertinentes ao desenvolvimento do trabalho, enfatizando os aspectos relacionados à Cooperação Horizontal e Vertical desenvolvidas entre o Brasil e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Dada à importância do e que tema tem, a pesquisa bibliográfica circunscreve-se nas buscas de trabalhos com amplo respaldo nacional e internacional, destacando-se a utilização dos livros e artigos sobre a cooperação em saúde na prevenção e tratamento em pacientes portadores de vírus de HIV/AIDS nos PALOP/CPLP. Os dados foram analisados no período compreendido entre os anos de 2003 a 2014 respectivamente.

A dissertação foi desenvolvida de acordo com a proposta apresentada no pré-projeto do processo seletivo para ingresso no curso de Mestrado em Ciências da Saúde, com o proposito de identificar, indagar e discutir aspectos relacionados às questões das políticas de cooperação na prevenção, tratamento e na luta contra a epidemia de HIV/AIDS nos países supracitados. De modo real, no contexto da epidemia de HIV/AIDS nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), e na Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). Tendo em conta, a situação histórica da doença que há mais de três décadas afeta a humanidade, e associado com outros males da sociedade como, preconceito, discriminação, desconsideração, o não reconhecimento do portador como ser humano na sua condição e no seu estado sorológico de portador de síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS). As referências bibliográficas, documentais e teóricas contribuíram significativamente para o desenvolvimento desta dissertação de conclusão do curso.

A coleta de dados para as análises foram geradas por meio das informações impetradas por através de bancos de dados secundários, obtidas em Ministério das Relações Exteriores (MRE/Itamaraty), Agencia Brasileira de Cooperação (ABC), Comunidade dos Países Língua Portuguesa (CPLP), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/UNAIDS), Pubmed. Sendo assim, os documentos sobre os acordos de cooperação retificados entre todos os membros da Comunidade

dos Países de Língua Portuguesa e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (CPLP/PALOP), foram obtido através do MRE no setor da divisão de assuntos da África e Médio Oriente, assim como os arquivos disponibilizados no site oficial da CPLP.

Os dados sobre acordos de cooperação entre o Brasil, os PALOP e outros países africanos no domínio da cooperação em saúde e na prevenção e luta contra a epidemia de HIV/AIDS, foram conseguidos através da Agencia Brasileira de Cooperação (ABC). Os dados estatísticos foram impetrados através da Organização Pan-Americana de Saúde em parceria com a Organização das Nações Unidas para Luta Contra HIV/AIDS no mundo (OPAS/ONUAIDS), dos artigos acadêmicos publicados e no Pubmed.

As políticas oficiais dos acordos diplomáticas de cooperações internacionais em saúde, na prevenção e tratamento em pacientes HIV/AIDS, assinados entre o Brasil e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), e que preservam suas características importantes, dignos perante os interesses econômicos e determinantes das políticas externas de cada um dos países em cooperação. A maneira como enfrentar as situações embaraçosas da epidemia do HIV/AIDS nos países onde ainda as doenças estão relacionadas com as discriminações, preconceitos, desconsideração e como também as disparidades observadas entre os países nos seus próprios orçamentos, nas prioridades dadas para as pessoas portadoras de vírus de HIV/AIDS, suas reflexões nas políticas diplomáticas, nas relações de cooperações internacionais em saúde.

A intervenção dos interesses nas relações diplomáticas internacionais de cada um dos Estados-Nações em cooperação, no que concerne o campo doutrinário e da prática da cooperação técnica em saúde entre os países. A participação internacional das Organizações Não-Governamentais, como elemento de diminuição ou de consolidação firmada entre as nações que estão envolvidas nos processos de cooperação em saúde, para a prevenção e tratamento em pacientes HIV/AIDS, assinados entre o Brasil com cada um dos países dos PALOP, permite também refletir profundamente sobre HIV/AIDS, portanto no equacionamento ou dificuldade existentes.

Nas conclusões que é a etapa final de todas as sequências do trabalho, faz-se as consolidações, observações, concentrações e sugestões que finalizam com vista ao aprimoramento final, e que ambiciona, seja uma contribuição do ponto de vista literário ou científico para fins acadêmico e esclarecedora. O método para desenvolvimento e condução deste trabalho acadêmico é, portanto um percurso que sempre foi almejada outrora nas etapas da vida acadêmica, em prol das pessoas como meio esclarecedora no contexto dos processos de cooperação internacional na área de saúde, em direção de um dos mais elevados grau de solidariedade e respeito aos direitos humanos que possa existir entre os países e povos. Com referencias, as disparidades nos campos científicos, tecnológicas e econômicas entre os países e observando os constrangimentos decorrentes da Cooperação Horizontal Sul-Sul em Saúde e das suas políticas diplomáticas.

5 OLHARES SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA PORTUGUESA (PALOP)

5.1 O Sistema de Saúde Brasileiro

De acordo com as prescrições sobre o sistema de saúde pode-se observar o seguinte:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Artigo 196 da Constituição da 1ª República Federativa do Brasil (CF, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único de saúde (SUS), organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil (CF, 1988).

Brasil apresenta extensão territorial de 8.514.876 km² e uma população estimada em mais de 201.032.714 milhão de habitantes em 2013, uma densidade demográfica de 23,8 habitantes por km² e com um crescimento anual da população de 0,98% ao ano, com 86,12% da população residem em área urbana. Perante o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Brasil é considerado um país de alto desenvolvimento humano, ocupado o 73º lugar em um ranking mundial dos países que apresentaram um IDH superior à média mundial, mas inferior a media da América Latina. A esperança de vida ao nascer no Brasil é de 72,9 anos e 72. 6% da população brasileira são subnutridas, e 91% dos domicílios brasileiros tem acesso à água potável e 77% à rede sanitária (IBEGE, 2010-2014).

De acordo com a Lei Federal 8.080/90 mostra que, o sistema de saúde brasileiro foi desenvolvido com base na Constituição Brasileira promulgado em 1988. Aonde foi estabelecida que a saúde como um direito de todos os cidadãos e uma obrigação do Estado. Com base nessa lei foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios de acesso universal e igualitário à saúde.

SUS - é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e Instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e das Fundações, mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada. (Lei Federal 8.080/90).

O SUS é um sistema universal, regionalizado e hierarquizado, que integra conjunto de ações de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de forma que cada setor de

administração têm as atribuições e competências específicas e estão conectadas entre si. Ele é um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em toda a federação, sob responsabilidade dos Governos, Federal, Estadual e Municipal. O SUS também é responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde. O Sistema Único de Saúde é regido por três Princípios Doutrinários:

- Universalidade dos serviços;
- Equidade na assistência à saúde;
- Integralidade da assistência.

E três princípios que regem a organização do SUS:

- Regionalização/ Hierarquização;
- Descentralização político-administrativa e comando único em cada setor;
- Participação popular.

Outra característica que o SUS dispõe é a qualidade na complementariedade com o setor privado de saúde, seja lá quando estivesse faltando no setor público, então os serviços privados de saúde podem ser acionados ou contratados de instituições que estejam de acordo com os princípios e normas do SUS, “como se o serviço privado fosse público, uma vez que atua em nome deste”. Em comparação à administração do aparelho nos municípios, ela está na responsabilidade das secretarias municipais de saúde ou das prefeituras, que devem organizar o planejamento e executar as avaliações das ações, devendo também ser o município o primeiro e maior responsável pelas ações de saúde para a sua população, uma vez que, justamente por estar mais próximo de sua população, portanto é o município que pode fazer uma avaliação dos problemas locais(19).

À nível estadual, as administrações do sistema estão a cargo das secretarias estaduais de saúde, que têm a responsabilidade de coordenar as ações de saúde do seu Estado por meio de um plano gerenciado que leva em consideração as necessidades apontadas por cada município, sendo o Estado é aquele que deve realizar as ações que os municípios não puderem realizar e corrigir as irregularidades(19).

O Ministério da Saúde é o administrador ao mesmo tempo também gestor a nível federal, lidera as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo o responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde e levando em consideração as necessidades de todas as regiões do país. Os recursos de financeiro de SUS são feitos com recursos das três esferas de governo. Vem do orçamento Federal, da Seguridade Social e de outros recursos da União aprovados pelo Congresso Nacional. Sendo assim, parte desses recursos são de investimento e de custeio das ações federais, e a outra é repassada às secretarias de saúde estaduais e municipais somando-se aos recursos do próprio governo estadual. Já esses recursos também são divididos em várias partes, onde uma parte fica para os serviços estaduais e outra é repassada aos municípios, que devem administrá-los de acordo com suas necessidades(22)

O cidadão tem o direito de participar das decisões relacionadas ao SUS, através de entidades representativas e em conferências periódicas chamadas para definir prioridades e linhas de ação em saúde. Assim, o cidadão também pode fiscalizar a aplicação desses recursos e indicar demandas em saúde. O Sistema Único de Saúde tem mostrado um respectivo sucesso e efetividade. Parte disso se dá em razão à continuidade do sistema desde sua criação. SUS nos seus princípios e diretrizes tem enfrentado as trocas de governo nacionais, estaduais e municipais sem perder ou desviar suas características originais e vem sendo paulatinamente estabelecido(22)

5.1.1 OLHAR SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DOS PALOP E MÉDIA AFRICANA

Os PALOP nos seus sistemas de saúde sofrem de muitas carências, de forma geral, sofrem com a falta de profissionais de saúde. Sentem a falta de profissionais, principalmente no interior dos países membros, essas faltas também são sentidas mesmo nos grandes centros urbanos. Porque os números de profissionais são insuficientes. Ao passo que no Brasil, o problema não é a falta de profissionais, mas sim nas distribuições geográficas desses profissionais pelo país, esses profissionais estão e concentram nas capitais dos Estados, mas mesmo assim também percebe certa demanda por esses profissionais. As situações podem parecer até semelhantes, mas não são iguais com o que se vê nos PALOP. Porque no Brasil o problema é puramente distributivo, não quantitativo, já ao passo que nos PALOP o problema está no distributivo e no quantitativo. De acordo com a informação das Estratégias de Cooperação da OMS, com cada um dos países apresentado na tabela abaixo entre as densidades de profissionais nos PALOP e com os outros países da África(23).

Tabela 1 Demanda e situação distributiva de profissionais de saúde nos PALOP e na África

	DENSIDADE POR 1000 HABITANTES					
	Angola	Cabo-Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	São Tomé e Príncipe	África
Médicos	0,077	0,488	0,122	0,027	0,491	0,217
Enfermeiros	1,19	0,867	0,697	0,322	1,867	1,172
Dentistas	0	0,023	0,014	0,008	0,067	0,035
Farmacêuticos	0,002	0,091	0,026	0,032	0,145	0,063
Agentes de saúde pública e ambiental	n.a	0,019	0,008	0,029	0,115	0,049
Técnicos de laboratório	0,144	0,165	0,150	0,049	0,309	0,057
Outros trabalhadores de saúde	0,02	0,089	0,040	0,085	1,764	0,173
Agente comunitário de saúde	n.a	0,137	2,917	n.a	2,267	0,449
Gestão de saúde e apoio	0,018	0,156	0,025	0,496	1,745	0,411
Total	1,451	2,035	3,999	1,048	8,770	2,626

Fonte: Organização Mundial de Saúde - OMS

O gráfico 1 mostra baixa proporção de densidade dos profissionais de saúde por cada 1000 hab no continente africano, com exceção da Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe, de resto todos os outros países do PALOP apresentaram a densidade de profissionais de saúde bem inferior à média africana. Embora, a Guiné-Bissau apresentou uma densidade superior à média africana, mas isso

deixa bem claro que é devido ao grande número de agentes comunitários de saúde que o país tem, mas não há uma grande quantidade de profissionais em todas as áreas da saúde. Ao passo que São Tomé e Príncipe apresentou uma maior densidade de profissionais em quase todas as áreas da saúde e está muito acima da média africana(23).

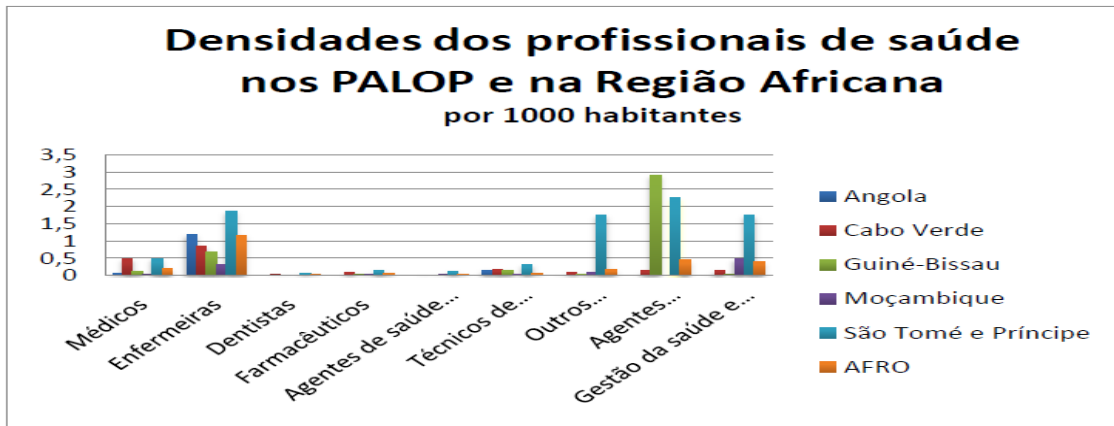


Gráfico 1 Densidade dos profissionais de saúde nos PALOP e nos países da África
Fonte: Organização Mundial de Saúde - OMS/PNUD

Realmente, os dados apresentados pelo Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD), indicam que entre os países analisados, no que diz respeito à saúde entre os países de CPLP/PALOP, Brasil apresenta o melhor índice, seguido de Cabo-Verde e São Tomé e Príncipe, os dois únicos PALOP que considerados países de desenvolvimento médio. Cabo-Verde, apesar de apresentar menor densidade de profissionais de saúde tem conseguido melhores resultados na saúde do que São Tomé e Príncipe. A Organização Mundial de Saúde aponta que para indicar se um país possui recursos humanos suficientes em saúde, devem-se tomar em consideração as necessidades do país, ou melhor, quais seria o número de profissionais de saúde que são necessários para possibilitar a população o acesso aos serviços primeiros de saúde(19).

Dessa maneira, a OMS estima-se que um país com menos de 2,5 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e parteiras para cada 1000 habitantes, e não conseguem chegar a 80% de mulheres atendidas no parto por pessoal qualificado ou à cobertura de imunização contra o sarampo. Estima-se que 57 países enfrentem graves carências em recursos humanos em saúde, entre os quais estão Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, que fazem parte dessa lista dos 57 países. Quando comparado os dados de Brasil e dos PALOP na questão da chamada Medicina Tradicional que é permitida a prática em alguns países dos PALOP, ao passo que no Brasil o exercício da Medicina Tradicional é considerado crime(19).

5.1.2 **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA POPULAR DE ANGOLA E A SAÚDE**

Na constituição da República Popular de Angola está preestabelecido de que a saúde:

O Estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na deficiência, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, nos termos da lei. Artigo 77º da Constituição da República Popular de Angola (Constituição da Republica de Angola, 2010).

A República Popular de Angola é um país situado a sudoeste do continente africano. Tem superfície de 1.246.700 Km² e aproximadamente 24.3 milhões de habitantes, sendo que essa população cresce a taxa aproximadamente 3,1% ao ano. Angola está dividida em 18 Províncias, 164 Municípios e 532 Comunas. Angola tem uma população jovem, quase 50% dos angolanos tem 15 anos ou menos e 93% da população tem menos de 50 anos, a expressiva parte da população é urbana, chegando a 53%. Grande problema em Angola é a pobreza que afeta bastante as pessoas, o país tem 61% da sua população vivendo abaixo da linha de pobreza, e dos quais 26% em pobreza extrema. De acordo com o ranking de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Angola figura-se em 149º lugar com 0,526 entre 187 países, desta maneira é considerada como um país de baixo desenvolvimento humano (PNUD, 2013).

A expectativa de vida é baixa, é de 51,46% anos em 2012, a taxa de mortalidade infantil dentre os países lusófonos, Angola segue-se na 8ª posição, com uma taxa de mortalidade de menores de cinco anos, que representa, nos termos da definição dos indicadores da UNICEF, “a probabilidade de morrer entre o nascimento e exatamente cinco anos de idade, por mil nascidos vivos” é de 158 mortes por mil crianças nascidos em 2011, contra 243 em 1990, já a mortalidade infanto-juvenil é de 250 óbitos por mil nascimentos vivos e a taxa de fecundidade é de 7,2 filhos por mulher. Uma pequena parcela da população de 31% apenas tem acesso a saneamento básico. O governo é o principal financiador dos cuidados de saúde através do Orçamento Geral do Estado (OGE). A economia angolana tem apresentado nos últimos anos altos níveis de crescimento, sendo que o petróleo representa 55% do PIB e 95% das exportações (PNUD, 2013).

Atualmente, Angola está vivendo um período de paz e de estabilidade macroeconômica, isso se reflete na estabilidade da moeda. O sistema de prestação de cuidados de saúde de Angola está dividido em três níveis hierárquicos, e são baseados nas estratégias dos cuidados primários à saúde:

- No primeiro nível, os cuidados primários de saúde são representados pelos postos; centros de saúde; hospitais municipais; postos de enfermagem e consultórios; médicos e constitui o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde.
- O nível secundário ou intermediário é representado pelos hospitais gerais, é o nível de referência para as unidades do primeiro nível.
- O nível terciário é representado pelos hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados. É o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA POPULAR DE ANGOLA, 2010).

A prestação de cuidados de saúde é feita pelo setor público, privado e pela medicina tradicional, porque figura-se na Constituição angolana e diz em seu artigo 21º que é permitido o exercício de medicina tradicional, um serviço fundamental de Estado angolano em promover políticas que permitam tornar universal, gratuito os cuidados primários de saúde. A percentagem para as despesas com a saúde variaram de 2,78% a 3,40% do PIB que é muito baixo, essas despesas de saúde representaram em média 4,54% das despesas totais públicas.

O acesso aos serviços de saúde é bem limitado entre 30% e 40% da população. O Setor Público é o principal responsável e prestador dos cuidados de saúde no país. Este setor está composto pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelos serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas, do Ministério do Interior e pelas empresas públicas. O setor privado está restrito aos principais centros urbanos, não sofre controle ou regulação de preços, oferecem, por vezes, um serviço de baixa qualidade. Por outro lado, devido à baixa fiscalização que existe, não é capaz de coibir um setor privado informal em condições precárias e inaceitáveis em que são oferecidos serviços por pessoal mal formada e sem qualificação. Ainda no setor privado existem aqueles serviços oferecidos por entidades religiosas e ONGs, que são mais voltados às pessoas mais vulneráveis do país(2).

Ao passo que no Setor da medicina tradicional, não há uma regulação que fiscaliza e muito menos aos profissionais, assim como dos medicamentos utilizados nos tratamentos que geralmente são encontrados em mercados informais e nos herbanários. Os profissionais que exercem a medicina tradicional, a grande maioria dos terapeutas tradicionais não tem formação adequada, porque são experiências adquiridas ao longo da vida. Muitas das vezes são segredos de famílias que são passados de geração em geração, o que dificulta sua investigação e pesquisa. Os medicamentos carecem de controle de qualidade, e nem das dosagens, não se conhecem seus princípios ativos, suas concentrações ou o modo como atuam, além de se encontrarem em locais e condições inadequadas de conservação(2).

5.1.3 **A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE CABO-VERDE E A SAÚDE**

Na constituição da República de Cabo-Verde está preestabelecida de que a saúde:

Todos têm direito à saúde e o dever de defendê-la e promover, independentemente da sua condição económica. Artigo 70º da Constituição da República de Cabo-Verde.

Cabo-Verde, oficialmente República de Cabo-Verde, é um país insular localizado num arquipélago formado por dez ilhas vulcânicas na região central do Oceano Atlântico, e aproximadamente 570 Km da Costa Oeste da África, com uma área de superfície total de 4.033 Km² e uma população aproximadamente de 519.000 habitantes. O país tem uma população

predominantemente jovem, 60% com menos de 25 anos, as mulheres representam 51,6%. A taxa de crescimento da população é de 0,9% ao ano. Cabo-Verde gasta 2,3% do Produto Interno Bruto para conseguir chegar a uma esperança média de vida, à nascença de 72 anos para homens e 76 para mulheres, dados de 2013. De acordo com o ranking de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), aponta que Cabo-Verde é um país de desenvolvimento humano médio e o país posiciona-se em 132º lugar com 0,586 entre 187 países. O gasto em saúde foi de 6% do PIB cabo-verdiano no ano de 2012. O arquipélago de Cabo-Verde classifica-se na 91ª posição, apresentando uma taxa de mortalidade de menores de cinco anos de 21 crianças por mil nascidos vivos em 2011 contra 58 em 1990, nos termos da definição dos indicadores da UNICEF (PNUD, 2013).

No que diz respeito à política nacional cabo-verdiano em saúde, o Ministério da Saúde de Cabo-Verde esclarece:

A política de saúde obedecerá aos princípios que rege o Serviço Nacional de Saúde, designadamente na Universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária; a Solidariedade de todos na garantia do direito à saúde e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde; a Defesa da Equidade na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços; a Salvaguarda da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores; a Preservação da ética e deontologia profissionais na prestação de serviços (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE CABO-VERDE, 1991).

O Sistema Nacional de Saúde cabo-verdiano é regido pela lei número 41/VI/2004, que dá as bases do Serviço Nacional de Saúde. Fazem parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS), todos os estabelecimentos de natureza pública dependentes do departamento governamental responsável pela área da Saúde, a quem compete assegurar os cuidados de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação respeitantes à saúde. São eles:

- Hospitais Centrais
- Hospitais Regionais
- Delegacias de Saúde (e Centros de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base)
- Outras estruturas públicas que intervêm no domínio da saúde

As ações e serviços do SNS se dão e baseados nos seguintes princípios:

- a) A universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária;

- b) A solidariedade de todos os cabo-verdianos na garantia do direito à saúde, e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde, de acordo com o rendimento individual;
- c) A defesa da equidade na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços;
- d) A salvaguarda da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores;
- e) A liberdade de escolha de estabelecimento sanitário e de nível de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços;
- f) A preservação da ética e deontologia profissionais na prestação dos serviços de saúde;
- g) A participação dos utentes no acompanhamento da atividade dos serviços de saúde;
- h) A natureza multisetorial das intervenções no domínio da saúde com atenção especial à luta contra a pobreza, em geral, e às condições de abastecimento de água, saneamento básico, habitação, educação e nutrição das populações, em particular (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE CABO-VERDE, 1991).

O financiamento das atividades de saúde desenvolvidas pelo SNS é garantido pelo Orçamento Geral do Estado (OGE), pelos usuários, pelas entidades gestoras de seguro doenças e outros seguros. O Estado deve financiar a administração do Setor Público de Saúde e a prestação de cuidados a doentes vulneráveis e grupos especiais estabelecidos por lei. O SNS funciona através da complementaridade dos setores privado e social com o setor público visando garantir as atividades de saúde. O Setor Público de Saúde pode recorrer aos serviços da iniciativa privada quando suas disponibilidades forem insuficientes em uma determinada área. Cabo-Verde foi classificado como um dos países com melhores indicadores de saúde da na região da África Ocidental, mas mesmo assim, a Organização Mundial da Saúde mostra que fazendo uma relação de comparação com os outros países de continente africano, o Cabo-Verde é país que possui um menor número de profissionais da saúde. Mas não está na lista dos 49 países prioritários em relação ao número de médicos, enfermeiras ou parteiras (OMS, 2013).

5.1.4 **A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU E A SAÚDE**

Na constituição da República da Guiné-Bissau está preestabelecido que:

A saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental da população e a sua equilibrada inserção no meio sócioecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar à socialização progressiva da medicina e dos sectores médico-medicamentosos. Artigo 15º

da Constituição da República da Guiné-Bissau (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU, 1984).

A Guiné-Bissau, oficialmente República da Guiné-Bissau, é um país da África Ocidental que faz fronteira com o Senegal ao Norte, Guiné-Conacri ao Sul e ao Leste e com o Oceano Atlântico a Oeste, e tem território de 36.125 Km² dos quais somente 27.700 Km² constituem superfície emersa, em função de país estar relativamente ao nível do mar, o que faz com que algumas áreas fiquem parcial ou totalmente inacessível durante certa estação do ano. A Guiné-Bissau está dividido em 8 regiões administrativas, com 36 setores e o Setor Autônomo de Bissau, a capital. O país tem uma população aproximadamente 1.664 milhão de habitante e a taxa de crescimento da população de 2,6% ao ano (PNUD, 2013). A população é maioritariamente rural 69%, a pesar da existência do êxodo rural. De acordo com o ranking de Índice do Desenvolvimento Humano, a República da Guiné-Bissau é apontada como um dos 10 países mais pobres do mundo, posicionando-se em 177º com 0,396 entre 187 países, imediatamente é classificado como um país de baixo desenvolvimento humano (PNUD, 2013).

A expectativa de vida na Guiné-Bissau ao nascer é muito baixa, os homens vivem até aos 53 e as mulheres podem esperar viver até aos 56 anos. Ocupa a 7ª posição mundial no relatório da UNICEF sobre a situação mundial da infância em 2013, e quanto à taxa de mortalidade de menores de cinco anos, são 161 crianças por mil nascidas vivas morrerão antes de completar 5 anos de idade. De acordo com o documento, o fundo da ONU para a infância indica que as estatísticas apresentadas, relativas a 2013. As principais causas apontadas para esse alto índice são, de ordem decrescente, causas neonatais, pneumonia, malária, diarreia, outras doenças, sarampo, HIV/AIDS e agressões físicas (UNICEF, 2013).

O Sistema Nacional de Saúde na Guiné-Bissau é organizado de maneira piramidal, em três níveis: Central, Regional e Local. O maior Centro Hospitalar é o Hospital Nacional Simão Mendes, o encarregado de elaborar as políticas e estratégias nacionais de saúde. Mas regionalmente as Direções Regionais de Saúde Pública são responsáveis por traduzir as políticas nacionais e estratégias operacionais, tendo como estrutura sanitária de referência Hospital Regional. Localmente há Unidades de Saúde de Base, que correspondem ao Centro de Saúde. O Sistema Nacional de Saúde guineense conta com nível Central, com um Hospital Nacional, quatro hospitais de referência. Já no nível regional há 14 Hospitais Regionais e no nível local 114 Centros de Saúde e 19 Postos de Saúde (PNUD, 2013).

O financiamento do Sistema Nacional de Saúde guineense depende de duas fontes principais: interna e externa. A primeira está relacionada com os fundos provenientes do: Orçamento Geral do Estado (OGE); Seguro de Doença, Iniciativa de Bamako (IB), e Mutualidade de Saúde, muito embora os dois últimos não estejam bem documentados. O Estado não tem conseguido honrar os compromissos em função de dificuldades financeiras, de maneira que o Ministério da Saúde Pública depende da disponibilidade de recursos, não das necessidades definidas pelos programas e

pelas prioridades de saúde. A segunda fonte são os diferentes parceiros de cooperação. Em relação aos profissionais da área de saúde no país, a Guiné-Bissau possui um número bem maior do que da média africana, muito em função do grande número de agentes comunitários de saúde(2).

O Plano Nacional guineense de Desenvolvimento Sanitário tem por objetivo consolidar os tratamentos de saúde primários com um pacote mínimo de atividades, melhorar e aproximar o acesso aos serviços à população, descentralizar gradualmente a saúde do país e assim oferecer serviços de saúde que sejam acessíveis a todos, distribuir equilibradamente os Recursos Humanos em saúde e promover a saúde(2).

5.1.5 **A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE E A SAÚDE**

Na constituição da República de Moçambique está preestabelecida que a saúde:

Todos os cidadãos têm direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública. Artigo 89º da Constituição da República de Moçambique. O Estado promove a extensão da assistência médica e sanitária e a igualdade de acesso de todos os cidadãos ao gozo deste direito. Artigo 116º da Constituição da República de Moçambique. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE, 1990).

Moçambique, oficialmente República de Moçambique com uma superfície territorial de 801.590 Km², localizado no Sudeste da África, banhado pelo Oceano Índico a Leste e faz fronteira com Tanzânia ao Norte; Malawi e Zâmbia a Noroeste; Zimbabwe a Oeste e Suazilândia e África do Sul a Sudoeste. A capital é Maputo, maior cidade do país. Atualmente, com 27,242 milhões de habitantes, sendo que as mulheres representam pouco mais de 51,5% da população e os homens representam 48,5%. Moçambique viveu um período de 16 anos numa guerra civil que destruiu o país, e pacificou-se no ano de 1992, com o Acordo Geral de Paz assinando entre o então Presidente Joaquim Alberto Chissano, Afonso Macacho Marceta Dhlakama, presidente de RENAMO, Partido de oposição e mais o representante da FRELIMO. A guerra destruiu o país em todas as áreas, isso fez com que o país ficou como um dos mais pobres do mundo(2).

Todavia, Moçambique está apresentando progressos nos últimos anos, de acordo com o Relatório de Índice do Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Posicionou-se em 178º, com 0,393, posição abaixo da República da Guiné-Bissau entre 187, considerado países com baixo desenvolvimento humano. Como não poderia deixar de ser a situação de pobreza em que país vive, e acaba afetando diretamente também área de Saúde (PNUD, 2013).

A Política Nacional de Saúde em Moçambique baseia-se nos princípios dos cuidados primários, na igualdade e na melhoria da qualidade dos serviços. O sistema de saúde é composto pelo setor público em parceria com o setor privado, atende apenas 60% da população. Devido a esse

quadro, levando em conta as condições de vida precária a que uma parte considerável da população está sujeita. Os índices de mortalidade infantil são elevados e a disseminação de doenças como a AIDS e a tuberculose são constante (OMS, 2013).

A taxa de crescimento populacional é de 2,5% anual, e o PIB per capita em dólares é de 565. Despesas de saúde, total 6,6% do PIB, e despesas de saúde pública são de 41,7% do total das despesas de saúde. Despesas de saúde per capita são de 35 em dólares. O acesso às instalações sanitárias é de 19% da população com acesso, e o acesso a instalações sanitárias nas cidades são de 41% da população urbana (OMS, 2013).

O sistema de saúde de Moçambique é dividido pelo setor público, privado e privado sem fins lucrativos. Sendo desta maneira, o setor público é o principal financiador do Sistema de Saúde do país. Já houve planos e programas para os Sistemas de Saúde integrados, e que tem atingido relativamente sucesso no combate das doenças como a malária, mas ainda têm faltado investimentos em recursos humanos e nas infraestruturas (OMS, 2013).

O setor público de saúde dispõe de 1277 unidades de saúde distribuídas em 4 níveis num total de 15.877 leitos e com aproximadamente 26.000 profissionais da saúde. O nível I oferece cuidados primários através de 1224 unidades de saúde (centros urbanos e rurais de saúde e postos de saúde), representando 96% das unidades de saúde. O nível II inclui hospitais rurais distritais, no total de 41, que devem fornecer atendimento de emergência e ter capacidade de realizar pequenas cirurgias. O nível III conta com 7 hospitais provinciais que tratam casos mais especializados e o nível IV conta com 5 hospitais centrais (OMS, 2013).

O setor privado está se desenvolvendo suas atividades principalmente nas grandes cidades e atende essencialmente a população urbana. Já o setor privado sem fins lucrativos é composto por ONGs e entidades religiosas, e oferecem de acordo com o programado pelo Ministério da Saúde (MISAU), programas de saúde comunitária de prevenção, controle de doenças, educação em saúde em diversos pontos do país (OMS, 2013).

Destaca-se ainda aqui a medicina tradicional em Moçambique, contribuído e tem ainda dado um papel muito importante para ajudar a população na resolução dos agravos à saúde, uma vez que é permitido e está regulamentado na constituição do país. A baixa remuneração, projeção limitada da carreira, alta carga de trabalho e o ambiente de trabalho difícil também são apontados como razão de uma baixa motivação a se ingressar no mercado profissional de saúde. Para enfrentar essa situação, o governo através do MISAU, vem investindo na educação em saúde através de projetos nacionais e da cooperação internacional bilateral e multilateral(2).

Para sanar esses problemas são necessários investimentos no sistema de saúde somado a campanhas voltadas para os cuidados primários. Além disso, é preciso ampliar a cobertura do

programa de saúde pública, englobando toda a população de Moçambique e ampliando também a gama de serviços oferecidos, sem deixar de dar atenção especial à infraestrutura, ao saneamento básico, que é essencial para evitar o surgimento de uma séria de doenças. (OMS, 2013).

5.2 A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE E A SAÚDE

Na constituição da República Democrática de São Tomé e Príncipe está preestabelecida que a saúde:

Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender. Incumbe ao Estado promover a Saúde Pública, que tem por objetivo o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem, de acordo com o Sistema Nacional de Saúde. É permitido o exercício da medicina privada, nas condições fixadas por lei. Visão ao longo prazo do desenvolvimento nacional de saúde. Artigo 50º da Constituição da República Democrática de São Tomé e Príncipe (Constituição da República Democrática de São Tomé e Príncipe, 1989).

São Tomé e Príncipe, oficialmente República Democrática de São Tomé e Príncipe, é um país insular localizado no Golfo da Guiné e composto por duas ilhas principais, Ilha de São Tomé e Ilha do Príncipe de origem vulcânica e várias ilhotas, é o menor país de língua portuguesa em extensão, num total de 1001 km², com aproximadamente 192,993 mil habitantes e concentrados principalmente na Ilha de São Tomé, e a taxa de crescimento da população de 1,94% ao ano (PNUD, 2014).

Direito à proteção da saúde, o Sistema Nacional de Saúde santomense tem por finalidade garantir a saúde da população, através da formulação e execução de políticas económicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e do estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e equânime às ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde entre as quais: curativos e reabilitativos, tendo em atenção os fatores determinantes e condicionantes desse estado e bem-estar. A Política Nacional de Saúde santomense é baseada em quatro princípios fundamentais:

- Universalidade da cobertura em todos os níveis de atenção;
- Equidade no acesso e na utilização de cuidados de saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Integralidade na prestação, entendida como conjunto articulado de ações e serviços promocionais, preventivos e curativos, individuais, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Otimização dos recursos afetados a cada nível de intervenção (OMS, 2013).

O sistema de saúde santomense está organizado em dois níveis, Central e Distrital. O Nível Distrital é a unidade funcional fundamental, sendo que cada distrito tem centro de saúde, posto de saúde que é dirigido por enfermeiro, posto comunitário de saúde, dirigido por um agente de saúde comunitária local em que se cuida dos primeiros socorros e da promoção da saúde.

Aproximadamente 70% da população santomense tem uma unidade sanitária que esteja localizada a menos de uma hora de casa, de certa forma, existem dificuldades de acesso dos lugares mais distantes da capital São Tomé(2).

6 EPIDEMIA DE HIV/AIDS NA CPLP E NOS PALOP

6.1 A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, PERSPECTIVAS, PREVENÇÃO E CUIDADOS AOS PACIENTES NO ACESSO UNIVERSAL AO TRATAMENTO

Neste capítulo, resalta-se de modo bastante conciso e contempla aspectos relativos à situação da epidemia de HIV/AIDS nos países lusófonos. Desta maneira observa-se os progressos alcançados durante os últimos anos, e os resultados acumulados desde o início da epidemia HIV/AIDS, e sinalizar as perspectivas em direção ao futuro em função dos compromissos políticos internacionais ratificados pelos países-membros da CPLP/PALOP, com ênfase naqueles relacionados ao acesso universal à prevenção, tratamento e no cuidados da infecção pelo HIV e AIDS(12).

A epidemia do HIV e AIDS continua sendo grande problema de saúde pública em todo o mundo, mesmo nos países onde se apresentam de modo incipiente ou sob-relativo controle. Suas características bastante peculiares, envolvendo aspectos da afetividade humana e produzindo reações sociais das mais diversos matizes, têm demandado pesquisas, análises e soluções inovadoras no campo da saúde pública com vistas situações ao seu enfrentamento(12).

De modo bastante peculiar, se destaca como um problema de saúde pública que exige não apenas o engajamento do setor de saúde, mas, acima de tudo, requer uma mobilização dos governos e da sociedade num amplo leque de cooperações multisetoriais, multidisciplinares, onde a pluralidade, o respeito à diversidade, a referência permanente aos aspectos éticos e dos direitos humanos são ferramentas essenciais e necessariamente na formulação das políticas públicas(19).

Grandes são os avanços observados nas últimas décadas e resultados palpáveis podem ser enumerados. Todavia há um longo caminho ainda a se percorrer. Estigma e discriminação como fatores potencializadores da vulnerabilidade à infecção ainda persistem, reduzindo a eficiência dos recursos aplicados e, conseqüentemente, erodindo os resultados dos esforços envidados para alcançar o bom sucesso de todos(19).

As ações programáticas de enfrentamento de um agravo à saúde com essas características, portanto, pressupõe, sob a égide da integralidade das ações, um processo de cooperação estabelecido de modo equânime, horizontal e respeitoso, onde todos os participantes têm a receber e também experiências a compartilhar (CPLP/UNAIDS, 2010)(19). Este tem sido o referencial adotado pelos países de língua portuguesa no âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), onde o compromisso político, a mobilização de recursos e o compartilhar de experiências têm sido aspectos presentes, possibilitando assim avanços consideráveis na redução do impacto da epidemia, tomando o Brasil um dos países membro como referência no tema, prevenção e tratamento da epidemia de HIV/AIDS no mundo(19).

Quanto ao análise dos países que compõe CPLP/PALOP como um todo, seguramente uma situação bastante peculiar é observada, ao menos do ponto de vista da análise epidemiológica, dada a diversidade das epidemias e subepidemias registradas no âmbito desses países. Todavia, alguns aspectos serão objeto de análise comum, preservando-se as peculiaridades e especificidades para descrição por subárea geográfica(19)(24).

A prevalência da infecção pelo HIV/AIDS varia grandemente de país a país, desde aquela estimada para Timor-Leste de baixíssima prevalência, a epidemias generalizadas, como a que se observa em Moçambique, por exemplo. Do mesmo modo, deve variar o período de introdução do vírus em cada país e, de modo bastante claro há existência de subtipos diversos e não necessariamente coincidentes. O HIV-2 encontra-se presente de modo relativamente em alguns países e inexistente do ponto de vista de relevância epidemiológica em outros(19)(24).

Com relação à operacionalidade e à implementação de atividades essenciais para o controle da infecção pelo HIV, também é registrada uma grande heterogeneidade, aspecto este que, se de algum modo poderia estar relacionado aos níveis de prevalência, não seria justificável, dada a tendência ascendente observada em alguns países. O diferencial, portanto, tende a estar mais vinculado à capacidade financeira e técnico-gerencial para a formulação e implementação de políticas públicas ou, ainda, à prioridade política estabelecida por cada um dos Países Membros da CPLP/PALOP em particular. Sem dúvida alguma, o referencial comum a todos os membros seria a vontade política de estabelecer um sólido processo de cooperação horizontal em saúde, perene e duradouro, com espaço próprio para compartilhar experiências, intercambiar dificuldades e estratégias bem sucedidas no campo da resposta à HIV/AIDS(19).

6.1.1 A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS EM ANGOLA

Angola apresenta prevalência da infecção estimada em 2,1% na população adulta, portanto, a soroprevalência de HIV/AIDS é baixa se comparada aos demais países da África Austral. Entre 1985 e 2013 perceber um crescimento exponencial dos casos notificados de HIV/AIDS. Desse modo, é óbvio que as relações sexuais desprotegidas, desigualdade de gênero e comércio sexual são causas explicativas desta epidemia. Por outro lado, os altos níveis de desemprego, pobreza, baixos nível de escolaridade e a dificuldade no acesso à informação, insumos e métodos de prevenção são aspectos estruturais na gênese do problema.

O modo de transmissão do HIV/AIDS que predomina em Angola é o heterossexual com 76,6%. Assim registra-se também a transfusão sanguínea com 10% e a transmissão sanguínea por uso de drogas injetáveis com 1,4%. Pois, em função das altas taxas de prevalência entre mulheres em idade fértil, a proporção de casos de transmissão vertical do HIV/AIDS ocupa lugar de destaque no perfil epidemiológico (7.6%)(12).

Quanto ao acesso ao tratamento e atenção a pessoas vivendo com HIV/AIDS, a Tabela - 2 seguinte sintetiza alguns indicadores relativos ao ano de 2006.

Tabela 2 Indicadores relativos ao acesso ao tratamento e atenção as pessoas vivendo com HIV/AIDS

Tabela 2 – Indicadores relativos ao acesso ao tratamento e atenção a pessoas vivendo com HIV/AIDS	
Proporção de mulheres soropositivas inscritas no Programa de Prevenção da Transmissão Vertical	6,5%
Proporção de pacientes de ambos os sexos submetidos à terapia Antirretroviral	6,5%
Proporção de órfãos no sistema escolar	81,0%

Fonte: Programa Nacional de SIDA

Verifica-se que os indicadores relativos a acesso ao tratamento antirretroviral apresenta um patamar muito abaixo do esperado, o que exige por parte das autoridades e da comunidade internacional um apoio à iniciativa governamental, um esforço significativo para a ampliação da oferta de serviços de diagnóstico e de atenção, tanto ambulatorial quanto hospitalar. Em relação ao nível de conhecimento sobre HIV/AIDS, e aspectos relativos ao comportamento sexual, encontram-se dados sumarizados segundo sexo na Tabela 3.

Tabela 3 Percentagem da população entre 15 – 25 anos, segundo conhecimento, atitudes e práticas em relação ao HIV

		Conhecimento sobre as formas de transmissão	Sexo antes de 15 anos de idade	Relação sexual com parceiro extraconjugal ou não coabitante	Uso de preservativo na última relação sexual com parceiro não regular	Fez teste de HIV/AIDS
Área de residência	Urbano	51,7	31,2	62,8	66,5	14,1
	Rural	11,3	32,8	45,1	16,7	2,7
Idade	15 -19 anos	19,5	38,9	53,9	26,1	1,7
	19 -24 anos	26,3	24,6	45,6	39,5	10,5
Escolaridade	Até 4ª classe	12,8	24,1	46,4	17,1	1,8
	4ª a 6ª Classe	21,7	36,1	55,6	28,9	4,3
	7ª Médio/UNIV	57,6	27,8	62,3	66,1	18,7
Total		22,7	32,3	49,8	33,2	5,9

Fonte: INLS/HAMSET, 2006.

Percebe-se a necessidade de investir na divulgação da informação e fortalecer os processos de educação continuada, objetivando melhorar nível de conhecimento da população sobre os métodos de prevenção, condição essencial para a adoção de práticas adequadas de prevenção da

infecção pelo HIV/AIDS, sobretudo, na área rural onde o acesso à informação e às atividades de educação continuada é mais precário. Do mesmo modo, o uso do preservativo na última relação com parceiro casual, apresenta uma frequência relativamente alta na área urbana(19).

6.1.2 **RESPOSTA ANGOLANA CONTRA EPIDEMIA HIV/AIDS**

O Programa Nacional de AIDS foi criado em 1987. Com isso, vários planos foram elaborados desde então, mas até finais dos anos 90 atuou-se como programas e projetos mais isolados. Em 1999 foi aprovado o primeiro Plano Estratégico Nacional (PAN) com caráter multisetorial, envolvendo as províncias e setores da sociedade civil. Além disso, aumentaram-se os recursos disponibilizados por parte do Governo e cresceu o envolvimento das parcerias com os diversos setores nacionais e internacionais(19).

A partir de 2001, a análise dos resultados da Resposta Nacional ao HIV/AIDS, foi realizada segundo as medidas estabelecidas pelo ONUAIDS. De acordo com essas medidas, tem sido possível dimensionar os avanços alcançados em Angola nas áreas prioritárias e auxiliar na compreensão da situação e da resposta à epidemia. Em 2003 foi criada a Comissão Nacional de Luta Contra a AIDS e as Grandes Endemias (CNLCSGE), um órgão político que visa garantir o engajamento de todos os setores da vida nacional na luta contra a epidemia do HIV/AIDS(19).

Os Centros de Aconselhamento e Testagem Voluntária (CATV) aumentaram de 11 em 2004 para 154 em 2007. Unidades de Atenção aos Pacientes Vivendo com HIV/AIDS aumentaram consideravelmente ao longo do período de 2004 a 2007. Cada vez mais províncias acompanharam e trataram pacientes adultos com HIV e AIDS a partir de 2004, e crianças a partir de 2005. Pode-se observar um aumento gradativo do número de pacientes acompanhados e sob tratamento ao longo dos anos, ainda que a cobertura universal continue como um grande desafio. A manutenção e a ampliação dos esforços nacionais certamente conduzirão a patamares mais elevados(19).

Quanto ao Serviço de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) do HIV/AIDS atualmente em Angola é 81 Unidades de Saúde que oferecem aconselhamento e testagem voluntária (ATV) às gestantes, das quais 57 cooperam com o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV/AIDS (PTV) para realizar o parto (Maternidades). Observa-se um aumento gradativo de províncias que testam e aconselham gestantes com HIV/AIDS desde 2004, cobrindo todas as províncias no ano de 2007. Também se pode observar um aumento gradativo do número de gestantes acompanhadas ao longo dos anos. O número de preservativos distribuídos pelo Ministério de Saúde nos últimos anos aumentou em quase 6 vezes mais(19).

6.2 A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS NO BRASIL

O Brasil apresenta uma taxa de prevalência estabilizada em 0,6% desde o ano 2000. Aproximadamente 630 mil pessoas vivem com HIV/AIDS e, segundo parâmetros internacionalmente adotados, o Brasil apresenta uma epidemia concentrada. Em média, cerca de 30 mil novos casos de AIDS são diagnosticados a cada ano, com números crescentes entre mulheres e pessoas maiores de 50 anos. Observa-se uma redução de novos casos de AIDS por transmissão vertical nas crianças em quase 50% nos últimos dois anos, como por exemplo, 581 casos em 2004, 507 em 2005 e 320 em 2006. Esta tendência de queda vem sendo observada desde a introdução da terapia antirretroviral(19).

Segundo a estimativa de prevalência de HIV/AIDS em parturientes, o número esperado de gestantes com HIV/AIDS no Brasil é de aproximadamente 12 mil casos por ano. Em 2012, apenas 55% dos casos esperados foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A região Nordeste apresentou o maior percentual de casos notificados em relação ao número esperado 64%; o Sul, 62%; o Sudeste, 52%; o Norte, 47%; e o Centro-Oeste, 43% conforme mostra o Gráfico 2.(25).

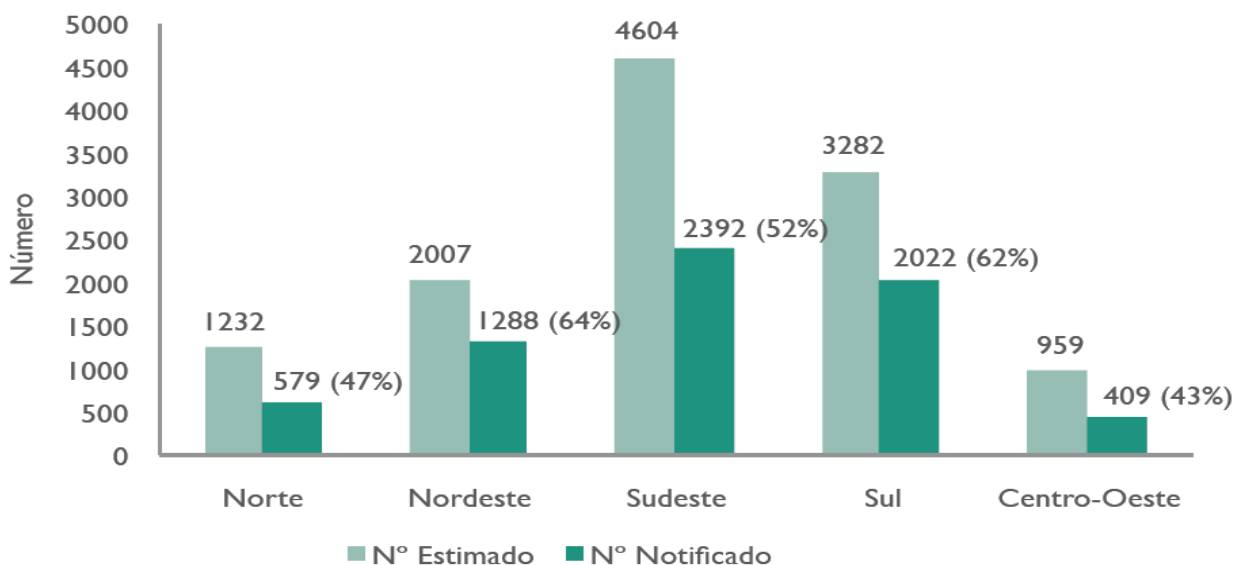


Gráfico 2 Número de casos de HIV no Brasil em gestantes esperados e notificados segundo região de residência em 2012

Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); MS/SVS/DASIS/Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC); Estudo Sentinela Parturientes 2010/2011.

No ano de 2012, foram notificados no Brasil 7.097 casos de gestantes HIV positivas, com taxa de detecção de 2,4 por 1.000 nascidos vivos. O Gráfico 3 mostra as taxas de detecção segundo unidades da federação, com destaque para o estado do Rio Grande do Sul, com taxa de detecção de 9,6 por 1.000 nascidos vivos, 4 vezes maior que a média nacional. Os estados de Santa Catarina

(5,7), Amazonas (3,9), Rio de Janeiro (2,8), Roraima (2,6), Mato Grosso (2,6) e Paraná (2,5) também apresentam taxas superiores à média nacional(25)

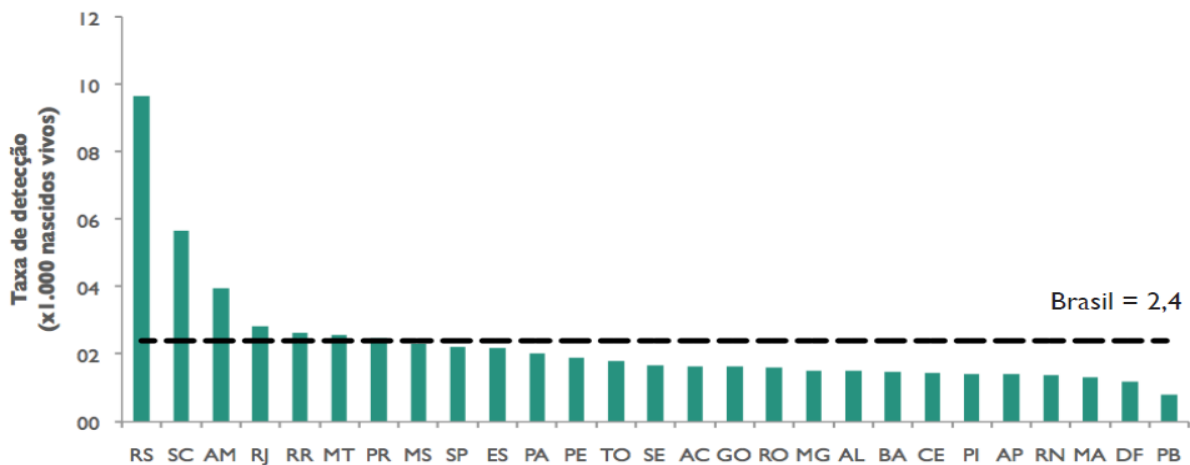


Gráfico 3 A taxa de detecção de HIV no Brasil, em gestantes (por 1.000 nascidos vivos) segundo Unidade da Federação 2012

Fontes: MS/SVS/DATASUS/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); MS/SVS/DASIS/ Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)

No Brasil, utiliza-se a taxa de detecção de AIDS em menores de cinco anos de idade como indicador para monitorar a transmissão vertical do HIV. Pois, verifica-se também que a taxa de incidência vem decrescendo na população masculina, todavia, percebe-se uma tendência de feminização na medida em que o mesmo evento não se faz presente quando se trata de população feminina. A estabilização da taxa média brasileira de prevalência está associada a mudanças de comportamento, práticas e atitudes da população frente ao HIV/AIDS. Assim, várias pesquisas comportamentais foram realizadas a nível nacional, cujos achados corroboram com essa hipótese. Pesquisa realizada em 2004 (PCAP-BR 2004), por exemplo, revela que 91% da população brasileira citaram espontaneamente a relação sexual como forma de transmissão do HIV e 94% apontaram o uso do preservativo como forma adequada de prevenção(25).

A mesma pesquisa revela, no entanto que 67% têm conhecimento correto das formas de transmissão do HIV, proporção essa que alcança 82% quando analisada entre aqueles com ensino fundamental completo. A política adotada desde o início da epidemia sempre considerou o preservativo como insumo essencial e indispensável à prevenção. O estudo em tela também revela que 57% dos jovens de 15 a 24 anos usaram preservativo durante a última relação sexual; quando se considera a última relação com parceiros eventuais, essa proporção atinge 74%. O mesmo estudo aponta ainda que, aproximadamente um quarto da população entre 15 e 54 anos fez uso do preservativo em todas as relações durante o último ano e 51% informam seu uso de modo consistente quando se trata de parceiros eventuais(25).

6.2.1 **RESPOSTA BRASILEIRA A HIV E AIDS**

O Programa de AIDS foi estabelecido em 1986, todavia atividades relativas aos novos problemas de saúde se iniciaram mais precocemente. Em 1996, o Brasil tomou a decisão política de provisão da terapia antirretroviral combinada, gerando um grande esforço nacional do ponto de vista da ampliação da capacidade instalada, desenvolvimento institucional e logístico. Nesse período, observa-se uma mudança no perfil nosológico, com expressiva queda na taxa de mortalidade, redução da ocorrência de infecções oportunistas e queda na internação hospitalar por HIV/AIDS, reflexo da introdução da política de acesso universal ao tratamento(26).

A AIDS no Brasil tem atingido principalmente aos usuários de drogas e os homens que fazem sexo com homens. Mais recentemente, verifica-se um aumento crescente de ocorrências devido à transmissão heterossexual e uma crescente feminização do perfil da epidemia. A consolidação da política de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil tem demonstrado resultados bastante positivos. Entre 1996 e 2005, por exemplo, houve redução de quase 40% na mortalidade específica por HIV/AIDS e no período de dez anos entre 1997-2007, estima-se que foram evitadas cerca de 1,4 milhão de internações por HIV/AIDS(26).

No mesmo período, a economia de recursos financeiros gerada pelas internações evitadas foi da ordem de R\$ 1,1 bilhão. Pois, algumas mudanças podem ser observadas em relação ao uso ou não de preservativo ao longo do período. Isso se observa de modo mais intenso entre alguns adultos jovens que têm respondido muito positivamente ao pôr em práticas medidas concretas de prevenção. A rede assistencial para atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS é parte da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida em todo o território nacional, o que permite uma grande cobertura no que diz respeito às ações de promoção e prevenção, ainda que sua expansão se faça necessária com vistas a facilitar o acesso de populações rurais, notadamente na Amazônia e no semiárido nordestino brasileiro(26).

A maior probabilidade de morrer pela doença é para as pessoas que apresentarem contagem T-CD4 inferior a 100 células/mm³, sendo que 13,1% desses indivíduos morrem antes de completar 12 meses de tratamento e 22,1% antes do quarto ano de acompanhamento. Já os indivíduos com doenças associadas à AIDS ou com contagem de células T-CD4 entre 101 e 200/mm³ apresentaram probabilidades semelhantes, sendo que aproximadamente 94,1% permanecem vivos após 1 ano de acompanhamento e 85,5% após o quarto ano(26).

A parceria com a sociedade civil e o envolvimento desta, desde a formulação das políticas públicas, à implementação de ações tem sido uma característica do Programa brasileiro de AIDS e, pode-se relacionar a essa prática os resultados alcançados. Por outro lado, a indissociabilidade entre as ações de prevenção e assistência também tem sido uma característica que se considera desde a implantação do Programa Nacional Brasileira nos anos 80, sempre na perspectiva dos direitos de

cidadania segundo os princípios constitucionais que regem o acesso à saúde no país enquanto direito do cidadão e dever do Estado(25).

As políticas e ações específicas têm sido estabelecidas para populações mais vulneráveis ou que enfrentam situações que geram dificuldades no acesso aos serviços, como, por exemplo, os homens que fazem sexo com homens, segmentos populacionais transexuais, os usuários de drogas, os trabalhadores e as trabalhadoras sexuais e, mais recentemente, as populações afrodescendentes. Ressalta-se também que as campanhas de Informação, Educação e Comunicação têm buscado oferecer mensagens claras e diretas sobre os modos de transmissão e as estratégias de prevenção cientificamente validadas. A ênfase permanente no preservativo como método de primeira escolha para a população sexualmente ativa tem sido parte importante desta política(25)

6.2.2 A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS EM CABO-VERDE

Cabo-Verde tem uma prevalência de infecção pelo HIV/AIDS estimada entre 0,5% e 1,5%. Pois, até o final de 2006, 1.940 casos de HIV/AIDS foram notificados. Assim, prevalência do vírus considera-se estável entre a população sexualmente ativa. Depois de um crescimento contínuo até 2004, o número de novos casos de AIDS diminuiu levemente nos últimos anos, e o número de óbitos por AIDS se estabilizou a partir de 2003. Desde o início da epidemia no ano 1986, até dezembro de 2006 foram registrados 2.011 casos de HIV. Destes 1.019 equivalente 50,7% desenvolveram AIDS e 535 pessoas morreram devido à AIDS. Por tanto, observa-se importantes diferenças geográficas na evolução da epidemia(24).

A capital apresenta uma prevalência próxima de 2%. A região de Sotavento que inclui as ilhas de Santiago, Maio, Fogo e Brava é a mais afetada pela epidemia HIV, com uma taxa de prevalência estimada em 1,1%. Na região de Barlavento, que inclui as ilhas de Santo Antão, São Vicente, São Nicolau, Sal e Boavista registra-se uma taxa de prevalência de 0,1%(24).

Observa-se crescente feminização da epidemia HIV/AIDS. Já que, 299 novos casos reportados em 2006, 199 deles correspondente a 64,9% são do sexo feminino. E hoje, aproximadamente, metade dos casos acumulados é do sexo feminino, conforme mostra o Gráfico 4 (24).

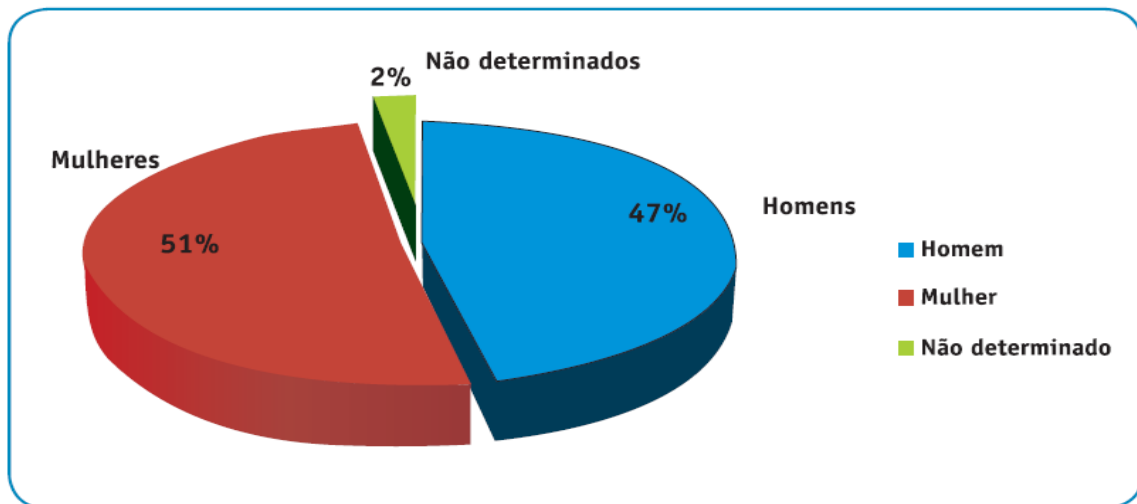


Gráfico 4 Casos acumulados de HIV notificados por sexo Cabo Verde, 1987-2006
 Fonte: Country Progress Report 2006/2007

Em Cabo-Verde, o modo de transmissão predominante é heterossexual mais de 80%. Outras formas de transmissão são a transmissão vertical com 10% dos casos registrados e o uso de drogas injetáveis estão entre 6 e 7%. País, o desafio é a proteger os jovens que representam quase a metade da população total. Em 2005, um estudo revelou que somente 37,6% dos jovens de 15 a 24 anos demonstrava conhecimento adequado sobre as formas de se prevenir a transmissão do HIV(24).

6.2.3 **RESPOSTA CABO-VERDIANA SOBRE HIV E AIDS**

O Programa Nacional cabo-verdiano de luta contra HIV/AIDS foi criado em 1986 depois da identificação do primeiro caso e apoiado por altos níveis políticos. Desde o ano 2002, o Primeiro Ministro preside o CCS-SIDA, um comitê multisetorial que é responsável pela coordenação do combate ao HIV/AIDS. Cabo-Verde desenvolveu um Plano Estratégico Nacional (PEN), inicialmente para o período 2002-2006, o qual já foi atualizado e custeado para o período 2006-2010. Os PENs funcionam de forma multisetorial e descentralizada. Incluem diferentes setores do governo e da sociedade civil a nível nacional e municipal(24).

As associações de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS estão incluídas nas planificações e nas decisões relacionadas aos PENs. O orçamento do PEN de 2002-2006 foi de US\$ 22 milhões e o orçamento do PEN de 2006-2010 foi estimado em US\$ 24 milhões. O setor de saúde é o setor mais importante na resposta cabo-verdiano ao HIV/AIDS. O Programa de Terapia Antirretroviral foi iniciado em dezembro de 2004(24).

O programa se dirige a todas aquelas pessoas que apresentam os critérios clínicos e imunológicos para o começo da terapia antirretroviral. Por outro lado, foi possível incluir no Programa de Terapia Antirretroviral vários membros de grupos vulneráveis, como usuários de drogas injetáveis.

Isso é um passo importante em direção ao acesso universal ao tratamento de HIV/AIDS. Ainda o acesso à terapia antirretroviral em geral é relativamente restrito. Porém, constata-se um aumento significativo no número de mulheres grávidas que receberam a terapia antirretroviral, de 31,3% a 51,5% entre 2006 e 2007. O setor de saúde também presta apoio e assistência psicológico às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS) e às famílias afetadas pela epidemia(24).

Além disso, a sociedade civil oferece apoio psicológico e socioeconômico às PVHIV/AIDS. Compreende-se um progresso na coordenação entre o serviço estatal de saúde e a sociedade civil nesse contexto. A cooperação entre o Estado e a sociedade civil também tem sido essencial nas ações de combate ao estigma e à discriminação as pessoas soropositivas. A área de educação é outro pilar do programa de combate à epidemia HIV/AIDS. É considerada como elemento chave para a mudança do comportamento da população e a diminuição da expansão do HIV/AIDS. Os temas da transmissão do HIV/AIDS e das formas de proteção foram incluídos nas grades curriculares escolar do ensino primária (ensino básico) e no ensino secundário e os professores foram capacitados sobre o tema(24).

Em algumas escolas secundárias foram criados Centros de Informação, Educação e Orientação (polos de aconselhamento) que informam sobre questões da educação sexual. Além disso, 24 Centros de Juventude que funcionam em 17 Municípios do país, também dão apoio importante para a educação sexual dos jovens, como também trabalham com jovens que não frequentam as escolas. Em 2007 foi aprovada uma lei para a proteção aos direitos humanos das Pessoas que Vivem com HIV/AIDS(24).

6.2.4 A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS NA GUINÉ-BISSAU

Existem diferentes tipos de vírus do HIV/AIDS circulando na Guiné-Bissau. Segundo os dados publicados pelo ONUAIDS em 2006, o país apresenta a prevalência do HIV/AIDS estimada em 8,7%. Outro estudo realizado pelo ONUAIDS indica a redução da prevalência do HIV/AIDS em relação a 2006, isto é, saindo de 8,7 para 7,3%. Observa-se uma possível estabilização da taxa de prevalência do HIV/AIDS, ainda que em níveis extremamente elevados. No entanto, o país continua estar em uma situação de epidemia do HIV/AIDS generalizada, e segue enfrentando risco de uma expansão massiva da epidemia(12).

Quanto ao tipo de vírus predominante no país, observa-se uma redução significativa. Pois o país tem a taxa de prevalência do HIV 2, por tanto, verifica-se a redução acentuada entre as mulheres grávidas de 2,7% no período 1997 a 2004. Durante esse mesmo período, a taxa de prevalência do HIV 1 aumentou gradualmente até chegar a 5,2% em 1999. Depois se estabilizou em torno de 5%. Em 2007, foi realizada uma pesquisa sobre a taxa de prevalência do HIV/AIDS entre profissionais do sexo no país. Foram entrevistados 250 profissionais de sexo, 72 na capital Bissau e 178 em quatro regiões. percebe-se uma diferença sobre representação de áreas rurais neste estudo,

onde o conhecimento é mais limitado que nas áreas urbanas. Os resultados são apresentados na tabela abaixo. Observou-se uma taxa de prevalência do HIV, 26,8% (HIV 1 ou HIV 2) entre os profissionais do sexo pesquisados. Pode-se observar uma importante diferença entre a taxa de prevalência entre os profissionais do sexo na capital Bissau 65,7% e outras regiões 16,9%(12).

Tabela 4 Prevalência do HIV entre profissionais do sexo, segundo idade e local de residência (%) em 2007

Faixa Etária	HIV 1	HIV 2	HIV 1 e / ou 2
< 25 anos	6,1	4,1	10,2
> = 25 anos	24,1	17,7	41,8
Local	HIV 1	HIV 2	HIV 1 e / ou 2
Bissau	DND*	DND	65,7
Outras Regiões	DND	DND	16,9
Total	30,2	21,8	52

Fonte: Country Progress Report, Guinéa-Bissau 2006/2007

* Dados não disponíveis

6.2.5 **RESPOSTA GUINEENSE SOBRE HIV E AIDS**

A resposta guineense à epidemia do HIV/AIDS começou em 1986. Com as ações de combate ao HIV/AIDS orientadas por planos de curto e médio prazo. Em 1998, as atividades de luta contra HIV/AIDS foram periodicamente interrompidas devido ao conflito político e militar. Assim, o primeiro Plano Estratégico Nacional (PEN I) foi aprovado somente em 2002. O PEN I abrangeu o período de 2003-2005. Em 2004 e 2005, o Secretariado Nacional da Luta Contra a SIDA (SNLS) foi criado. É responsável pela coordenação técnica de todas as intervenções da luta contra a AIDS no país. O SNLS é o braço executivo do Conselho Nacional da Luta Contra a AIDS, um órgão multisetorial, presidido pelo Primeiro Ministro, com o Ministro da Saúde como vice-presidente(12).

Em 2006, foi aprovado outro Plano Estratégico Nacional (PEN II), com o objetivo de fortalecer e prever as infecções pelo HIV/AIDS, por outro lado foi projetada também a melhoria de qualidade no tratamento das pessoas infectadas pelo vírus. O PEN II projeta de o outro modo reforçar a capacidade institucional através de planejamento, gestão e coordenação para o combate de HIV/AIDS(12).

No entanto, foi implementado a Terapia Antirretroviral para as Pessoas Vivendo com o HIV/AIDS (PVHIV/AIDS) foi iniciada em 2005. Desde então, o número de unidades que oferecem Terapia Antirretrovirais gradualmente aumentou de 3 em 2005 para 11 em 2007. Simultaneamente, o número das PVHIV/AIDS beneficiadas pela Terapia Antirretroviral aumentou de 65 em 2005 para 890 em 2007. Ver a Tabela 5(12).

Tabela 5 mostra o número e a percentagem de pessoas numa fase avançada da infecção por HIV/AIDS que receberam a Terapia Antirretroviral em 2006/2007

	Dezembro 2006	Dezembro 2007
Número de pessoas recebendo TARV	349	890
Número estimado de PVVIH	15.926	16.270
Número estimado de pessoas que necessitam de TARV	3.035	3.171
Porcentagem recebendo TARV	11,5%	28,1%

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007

A maior parte das instituições que oferecem Terapias Antirretrovirais estão localizadas na Capital Bissau. Por isso, o acesso de pessoas de outras regiões do país à Terapia é muito limitado. Somente uma instalação sanitária oferece a prevenção da transmissão vertical. A Tabela 6 apresenta aproximação da percentagem das mulheres grávidas HIV+ que receberam Tratamento Antirretroviral entre 2006 e 2007. Segundo estes dados, a percentagem de mulheres grávidas HIV+ que recebem a Terapia Antirretroviral até 2007 era aproximadamente 10%. Mas, atualmente não se sabe o número exato das mulheres grávidas que receberam Tratamentos Antirretrovirais para reduzir o risco da transmissão do HIV de mãe ao filho. Ademais, é muito difícil estimar o número de mulheres grávidas infectadas pelo HIV na Guiné-Bissau. O dado de 2007 é ligeiramente menor do que o valor de 2006. Isso se deve ao fato de um dos dois hospitais que oferecia este tipo de tratamento ter fechado as portas do programa no final de 2006(12).

Tabela 6 Número de mulheres grávidas infectadas pelo HIV que receberam antirretrovirais na Guiné-Bissau, entre 2006/2007

	2006	2007
Número de mulheres grávidas infectadas pelo HIV que receberam antirretrovirais	367	349
Número estimado de mulheres grávidas infectadas pelo HIV	3613	3716
Porcentagem que receberam antirretrovirais	10,2%	9,4%

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007

No período 2006-2007, 13 serviços de saúde ofereceram aconselhamento e teste do HIV/AIDS para gestantes. A percentagem das mulheres grávidas que foram testadas encontra-se na tabela 7.

Tabela 7 Percentagem de mulheres grávidas que foram testadas para o HIV/AIDS, referente ao número total das mulheres que se apresentou aos serviços de saúde para a primeira consulta pré-natal na Guiné Bissau em 2007

	2007
Número total de mulheres grávidas que se apresentaram às CPN no país	42.127
Número de mulheres grávidas que se apresentaram às CPN detectadas	9.930
Números de mulheres grávidas aconselhadas e testadas	6.886
Porcentagem testada	16,3%

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007.

Existe um total de 5 serviços de transfusão de sangue no país. Todas as unidades de sangue são sistematicamente testadas para HIV/AIDS. Em 2007, 2.660 amostras foram recolhidas e analisadas. Ainda falta incluir os serviços nacionais de transfusão de sangue num sistema de garantia de qualidade externa dos testes do HIV/AIDS. A integração do tema HIV/AIDS nos programas educativos é considerada como uma prioridade pelo Ministério da Educação. Um total de 150 professores foram capacitados no tema de HIV/AIDS, e o tema foi incluídos nas grades curriculares escolares(12).

6.3.3 A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS EM MOÇAMBIQUE

O pouco acesso da população aos serviços de saúde é um obstáculo para a expansão das ações de diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS em Moçambique. A prevalência do HIV na população moçambicana é estimada com base nos resultados do sistema de vigilância sentinela do HIV, realizada entre mulheres grávidas que frequentavam consultas pré-natais. Em 2001, 2002, 2004 e 2007 foram realizados estudos de vigilância sentinela em 36 diferentes lugares do país. A prevalência HIV/AIDS em Moçambique é estimada em 16% (14-17%) entre a população de 15-49 anos de idade em 2007(12).

A prevalência nacional mantém uma curva muito semelhante à observada em 2004. Aproximadamente 1.6 milhões pessoas estão infectadas pelo HIV em Moçambique e estima-se que cerca de 160 mil óbitos por AIDS no ano 2006. Observa-se diferenças na evolução da epidemia de HIV/AIDS em diferentes regiões do país. No Centro e nas regiões Setentrionais apresentaram uma tendência de estabilidade, enquanto no Meridional demonstra uma tendência ascendente para a epidemia do HIV/AIDS. Observa a Tabela 8(12).

Tabela 8 Taxas de prevalência (%) estimadas entre mulheres gestantes (15-49 anos) por província, região e média nacional para 2001-2007, baseado no novo modelo EPP

Província	2001	2002	2004	2007
Região Sul	15%	16%	19%	21%
Região Central	18%	18%	19%	18%
Região Norte	7%	8%	9%	9%
Nacional	14%	15%	16%	16%

Fonte: Country Progress Report, Mozambique, 2006/2007.

Em Moçambique, a maioria das novas infecções por HIV ocorrem entre os jovens. A taxa de prevalência entre os 15 e 24 anos é, mais representativa para as infecções recentes e indica a evolução da taxa de incidência na população em geral. As taxas de prevalência do HIV entre as mulheres jovens de 15 a 24 anos que frequentam clínicas pré-natais continuam crescendo, saindo de 15,6% em 2004 para 16,2% em 2007, conforme mostra a Tabela 9(12).

Tabela 9 Taxas de prevalência de HIV entre mulheres grávidas 15-24 anos que frequentam Clínica de Pré-Natal em Moçambique entre 2000 a 2007 (%)

Ano	2000	2001	2002	2004	2007
Nacional	12,2%	12,5%	13,1%	15,6%	16,2%

Fonte: Country Progress Report, Mozambique, 2006/2007.

Estima-se que, em 2007, 150.995 mulheres grávidas foram infectadas pelo HIV/AIDS. Na ausência de intervenções, isso resultaria em um número estimado de 50.000 novas infecções por transmissão de mãe para filho. Com acesso ao tratamento, esse número pode ser reduzido significativamente. Embora, a maioria dos jovens cerca de 95% em Moçambique conhecimento sobre HIV/AIDS e a formas de prevenção. A proporção das mulheres jovens na faixa etária de 15 a 24 anos que sabem que o uso de preservativos pode evitar a transmissão do HIV aumentou de 13% em 1997 para 25% em 2003. Apenas 47% das mulheres jovens e 53% dos homens jovens sabem identificar os meios de proteção contra o HIV/AIDS. Os níveis de conhecimento variam muito das províncias e dependem de níveis de escolaridade(12).

6.3.4 **A RESPOSTA MOÇAMBICANA SOBRE HIV E AIDS**

A resposta nacional moçambicana ao HIV/AIDS iniciou-se em 1988, com o estabelecimento do Programa de Prevenção e Controle do Ministério da Saúde. Em 2000, o Governo moçambicano aprovou o primeiro Plano Estratégico Nacional (PEN) de Combate ao HIV/AIDS e instituiu o Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS), para a coordenação das ações de resposta à epidemia. O PEN I (2000-2002) visou diminuir a expansão da epidemia do HIV/AIDS e mitigar seus efeitos sociais, mediante uma abordagem multisetorial. Concentrou-se na prevenção das novas infecções pelo HIV, sem prever tratamentos antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV/AIDS. O PEN II (2005-2009), desenvolvido em 2004, é o segundo Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/AIDS e orienta a estratégia para a resposta nacional moçambicana à epidemia. Os principais objetivos do PEN II são: a redução de novas infecções e o aumento do cuidado e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Finalmente, o Plano visa garantir a proteção aos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS(12).

Em 2003, uma estratégia para o tratamento e a atenção a pessoas vivendo com HIV/AIDS foi implementada pelo Ministério da Saúde. A estratégia incluiu todo o espectro da prevenção, diagnóstico, tratamento e atenção, incluindo a mitigação do impacto da epidemia. O número de unidades sanitárias que fornecem tratamento antirretroviral aumentou de 39 em 2005 para mais de 200 em 2008. O tratamento é oferecido em 70% dos distritos. A integração dos serviços de terapia antirretroviral nos serviços de saúde existentes aumentou o acesso ao tratamento, a formação e ampliação da equipe de trabalhadores de saúde contribuíram também para a expansão do acesso ao tratamento antirretroviral. Apesar do aumento mencionado ao tratamento, mais de 80% das pessoas que vivem com HIV/AIDS ainda não têm acesso aos medicamentos antirretrovirais, e em algumas regiões essa porcentagem é ainda mais elevada(12).

O tratamento antirretroviral pediátrico começou em 2003. Em 2006, o Ministério da Saúde desenvolveu um plano detalhado para ampliar o acesso a este serviço. O número de serviços de saúde que oferecem tratamento antirretroviral pediátrico aumentou de 22 em 2005 para 148 em 2007. Três hospitais especializaram-se no provimento desse tipo de tratamento e oferecem capacitação e supervisão para outros serviços de saúde(12).

A percentagem de crianças HIV+ que têm acesso ao tratamento com medicamentos antirretrovirais tem sido estimada em 75% país. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose e o Programa Nacional de Luta contra o HIV/AIDS são parceiros em uma Força-Tarefa sobre TB e HIV, liderado pelo presidente do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e apresenta como objetivo fortalecer a resposta nacional à TB/HIV e AIDS(12).

As ações contra TB/HIV incluem, entre outras, a realização de testes de HIV/AIDS para todos os pacientes de TB e o fornecimento de Cotrimoxazol em todos os postos de saúde para os infectados por TB/HIV. Políticas de combate ao TB/HIV, materiais de capacitação e modelos de relatórios têm sido desenvolvidos e aplicados na maioria das províncias. A prevenção da transmissão vertical (PTV) foi iniciada em 2002, em diferentes cidades e estendida para o âmbito nacional em 2004. O número de centros de saúde que oferecem PTV aumentou de 222 em 2006 para 386 em 2007. Ao mesmo tempo, observa-se um aumento considerável no número de mulheres grávidas infectadas pelo HIV que receberam aconselhamento e fizeram testes de HIV/AIDS. De igual maneira, aumentou o número de mulheres grávidas HIV+ com acesso à terapia antirretroviral (TARV), conforme mostra o gráfico 8. No entanto, o gráfico revela que somente um terço das mulheres grávidas HIV+ tem acesso à TARV. Observa o gráfico 5(12).

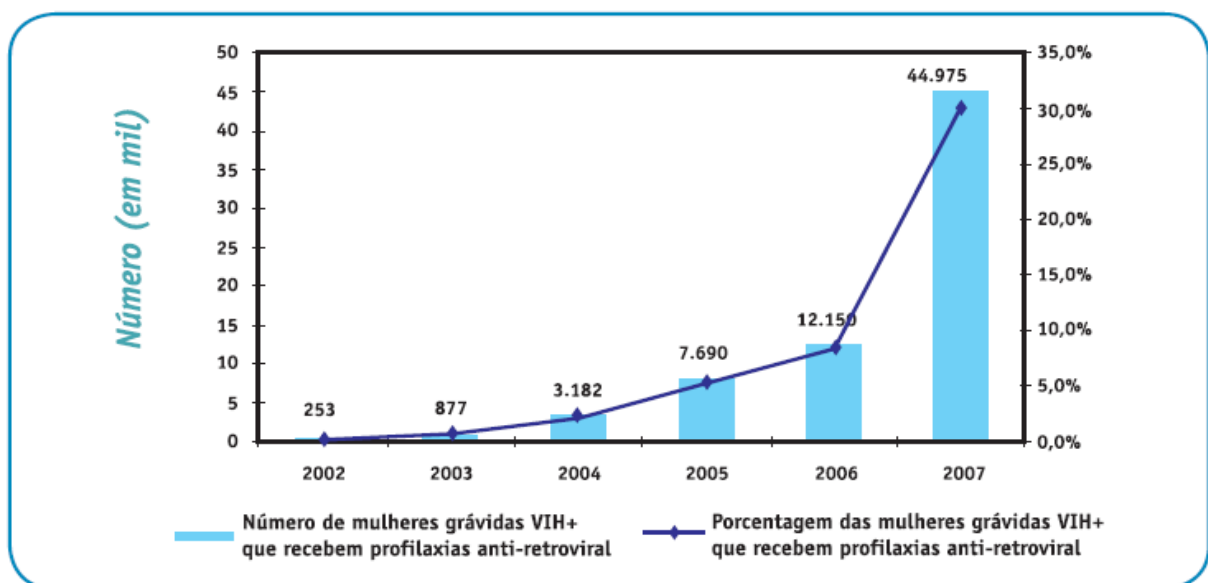


Gráfico 5 Número de mulheres grávidas HIV+ que receberam profilaxia antirretroviral e percentagem total de mulheres grávidas VIH+, (Estimativa), Moçambique (2002 a 2007)

Fonte: MISAU/PMTCT Program, 2007. Country Progress Report - Mozambique, 2006/2007

A campanha “Janela da Esperança”, desenvolvida em 2007, está voltada para crianças, jovens e adultos jovens entre 5 e 24 anos. As iniciativas de comunicação da campanha são apoiadas por um grupo de trabalho composto por funcionários do governo, representantes da sociedade civil e agências bi e multilaterais. Desde 1999, o Governo tem expandido os serviços de saúde para jovens, facilitando o acesso às informações sobre o HIV/AIDS para os jovens entre 10 e 24 anos. A sociedade civil é um parceiro cada vez mais importante na resposta nacional ao HIV/AIDS em Moçambique. O Governo reconhece que ela deve ter um papel decisivo no planejamento, na implementação e no monitoramento das atividades de resposta ao HIV/AIDS. Para tanto, faz-se necessária à melhoria da capacidade da sociedade civil com relação a sua própria coordenação e à cooperação efetiva com o Estado. Em 2007, foram distribuídos 40.000.000 de preservativos pelo Programa Nacional de DSTs, e em 2006 foram 21.000.000). Adicionalmente, 25.000.000 de preservativos foram distribuídos em cooperação com o Ministério da Saúde(12).

Em 2003/4, testes rápidos de HIV foram usados, para cerca de 60% do estoque de sangue do país. Em 2008, todos os bancos de sangue provinciais testaram o sangue para anticorpos do HIV, usando métodos e processamentos de alta qualidade e um sistema de controle externo o ELISA. Aumentando assim a porcentagem do sangue testado por ELISA dos 40% para 63%. O financiamento dos programas de HIV e AIDS em Moçambique baseia-se em três fontes financeiras principais: Públicas, Internacionais e Privadas. Dessas, o financiamento internacional é o mais importante, conforme mostra o gráfico 6(12).

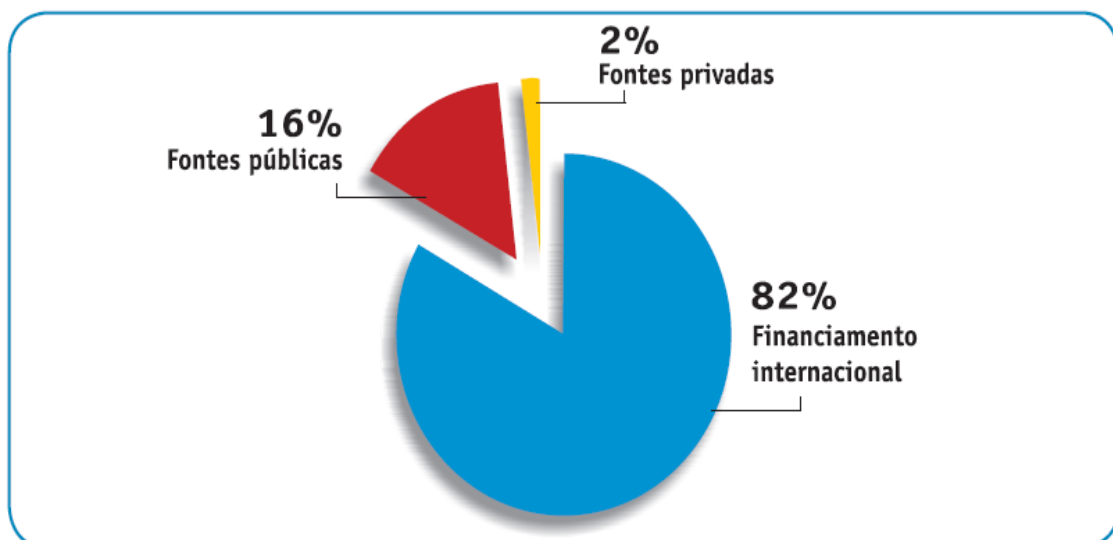


Gráfico 6 Fontes financeiras para a resposta ao HIV/AIDS em Moçambique (2003-2008)
Fonte: Country Progress Report - Mozambique, 2006/2007. Gráfico adaptado por ONUSIDA

No período de 2003 a 2008 havia um compromisso de apoio das seguintes fontes de financiamento:

Do Fundo Global de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária, U\$S 54 milhões para os dois primeiros projeto um de 5 anos cujo valor total é de 163 milhões, dos quais 109 milhões exclusivamente para HIV/AIDS. Do Banco Mundial U\$S 55 milhões do Programa Multinacional contra a AIDS (MAP) para o período de 2003-2008. Do Banco Mundial U\$S 20 milhões do TAP (Treatment Acceleration Program). U\$S 49 milhões do PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief of the United States). Apoios adicionais de Agências bi e multilaterais por intermédio do Fundo Comum do Conselho Nacional de AIDS. Fundos alocados pela Fundação Clinton e outros parceiros como as Agências de Cooperação da Noruega, Irlanda e Canadá. No total, Moçambique executou U\$S 341.000.00 em HIV/AIDS no período 2004-2006. Observa o gráfico 7(12).

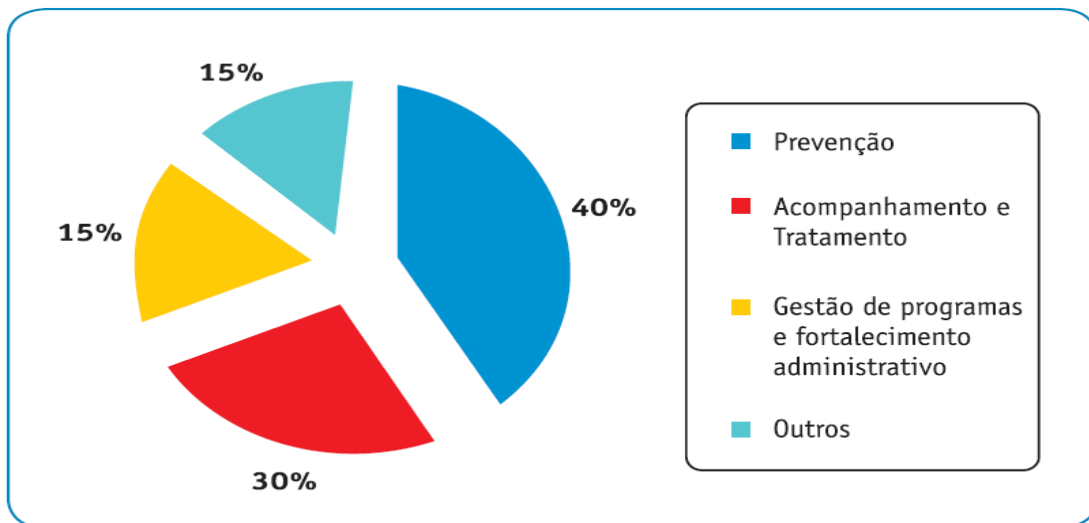


Gráfico 7 Distribuição em média dos gastos por área temática entre 2004 a 2006 em Moçambique
Fonte: Country Progress Report – Mozambique, 2006/2007. Gráfico adaptado por ONUSIDA

O sistema nacional de monitoramento e avaliação de 2005 a 2009 identifica 27 indicadores que incluem os indicadores acordados para o monitoramento e avaliação da Declaração de Compromisso da(12).

6.3.5 A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS EM PORTUGAL

A epidemia do HIV em Portugal pode ser caracterizada como uma epidemia concentrada. Os grupos populacionais mais afetados são os usuários de drogas injetáveis, os homens que fazem sexo com outros homens e os presos. Em 2007, menos de 20% de novos casos diagnosticados de HIV/AIDS, correspondiam às pessoas nascidas em regiões ou países altamente endêmicos. Desde 1983, quando o primeiro caso de infecção por HIV/AIDS foi diagnosticado em um cidadão português, o sistema de vigilância registrou um total acumulado de 32.491 casos, em algum dos três estágios da infecção: Assintomáticos, Sintomáticos não-AIDS e casos de AIDS(12).

Durante o mesmo período, o total acumulado de casos de AIDS era de 14.195 e 463 devido à infecção pelo agente HIV-2 e 189 casos associados a ambos os tipos de vírus. Contudo, os dados

devem ser reavaliados periodicamente, devido ao conhecido fenômeno da subnotificação e da demora em reportar os casos. Nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2008, foram notificados 164 casos adicionais de AIDS cujos diagnósticos eram de anos anteriores, metade correspondendo ao ano de 2007, mas em alguns casos, abrangendo de 1998 a 2007, resultando da política de promoção de notificações por meio de um esforço contínuo de educação profissional e de sensibilização(12).

Tendo em conta os diagnósticos notificados pelos médicos em 2006 e 2007 (não existe nenhum sistema de notificação laboratorial) à Instituição responsável pela Vigilância da infecção por HIV/AIDS em Portugal, foi estimado que 9% dos casos de AIDS citados em Portugal, e são adquiridos através de relações homossexuais (o valor correspondente era de 13% para o total acumulado de casos diagnosticados de 1983 a Dezembro de 2007), 44% por relações heterossexuais, 34% foram associados ao consumo de drogas injetáveis, e menos de 0.2% deve-se à transmissão da mãe para o filho. Entre 2006-2007, observa-se 283 casos de infecção por HIV, definidos como casos assintomáticos em homens que fazem sexo com outros homens (19% contra 11% da proporção de total de infecções citadas durante o período de 1983-2007), 289 em usuários de drogas injetáveis (19% contra 42% durante o período 1983-2007), 939 poderão ser atribuídos à transmissão heterossexual (60% contra 42% de 1983 a 2007) e 14 casos correspondem à transmissão de mãe para filho, independentemente do país de origem (0.9% contra 0.8% de 1983 a 2007)(12).

Em Portugal, cada doente, segundo as normas nacionais de terapêutica, é clinicamente considerado um candidato a tratamento com antirretrovirais, tem acesso gratuito aos medicamentos. A despesa nacional com medicamentos antirretrovirais aumentou de 75 milhões de Euros/ano em 2001 para aproximadamente 150 milhões de Euros em 2007, refletindo o aumento do número de doentes em tratamento e o esforço para identificar os casos de infecção por HIV o mais precocemente possível, especialmente entre as populações mais vulneráveis. Observa os gráficos 8 a 10 registram a tendência observada ao longo do período(12).

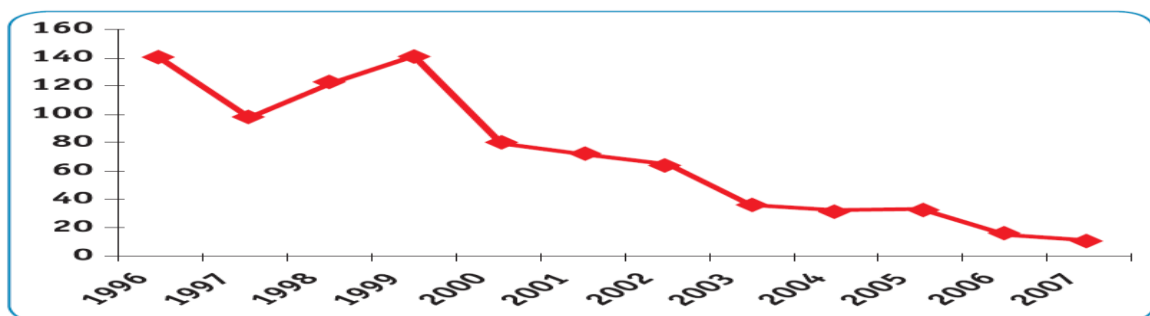


Gráfico 8 Casos de AIDS em mulheres e homens com idades entre 15 e 24 anos (por ano de diagnóstico) – Portugal, nos anos de 1996 a 2007

Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida – Ministério da Saúde, Portugal

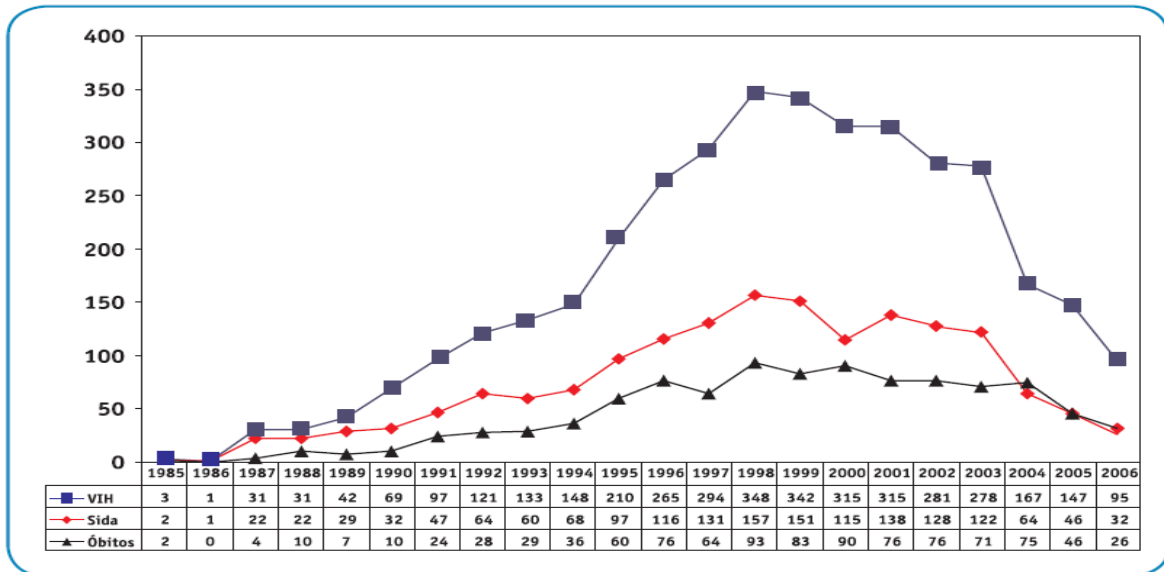


Gráfico 9 Infecção por HIV/AIDS e Óbitos no Hospital São João, Cidade de Porto, 1985-2006
 Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção HIV/AIDS do Ministério da Saúde de Portugal.

A via heterossexual é o modo de transmissão mais frequente, conforme mostra o gráfico 13. Outras vias de transmissão importantes são por meio do compartilhamento de instrumentos para o uso de drogas injetáveis e a transmissão sexual entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH).

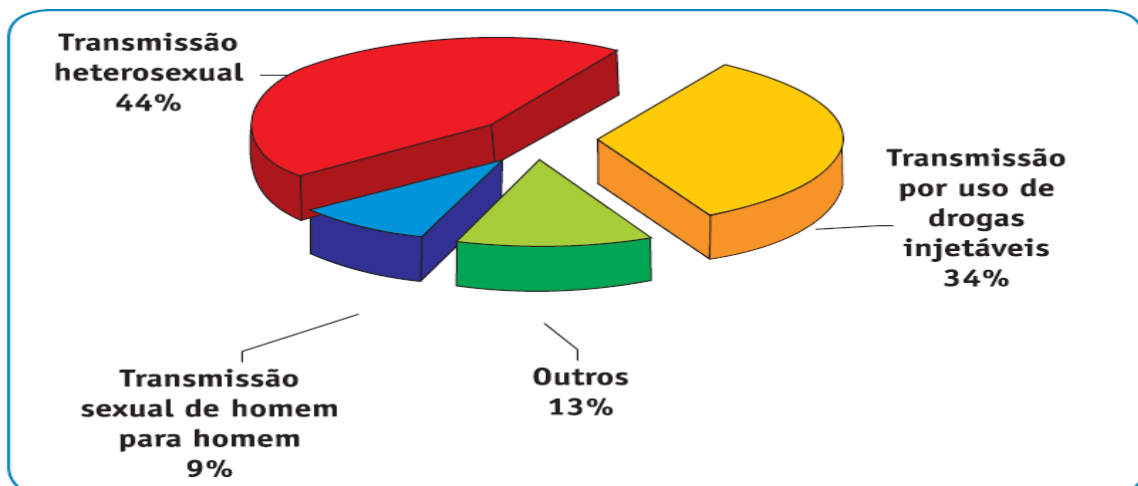


Gráfico 10 Modos de transmissão do HIV mais frequentes. Porcentagem estimada com base em casos notificados entre 2006 e 2007 em Portugal

Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério de Saúde, Portugal. Gráfico processado por ONUSIDA.

Até o ano de 2003, a transmissão do HIV/AIDS pelo uso de drogas injetáveis foi o modo de transmissão mais frequente. O gráfico seguinte apresenta um indicador relativo ao conhecimento de usuários de drogas injetáveis sobre os modos de transmissão do HIV/AIDS. Pode-se observar que este conhecimento é relativamente alto(12).

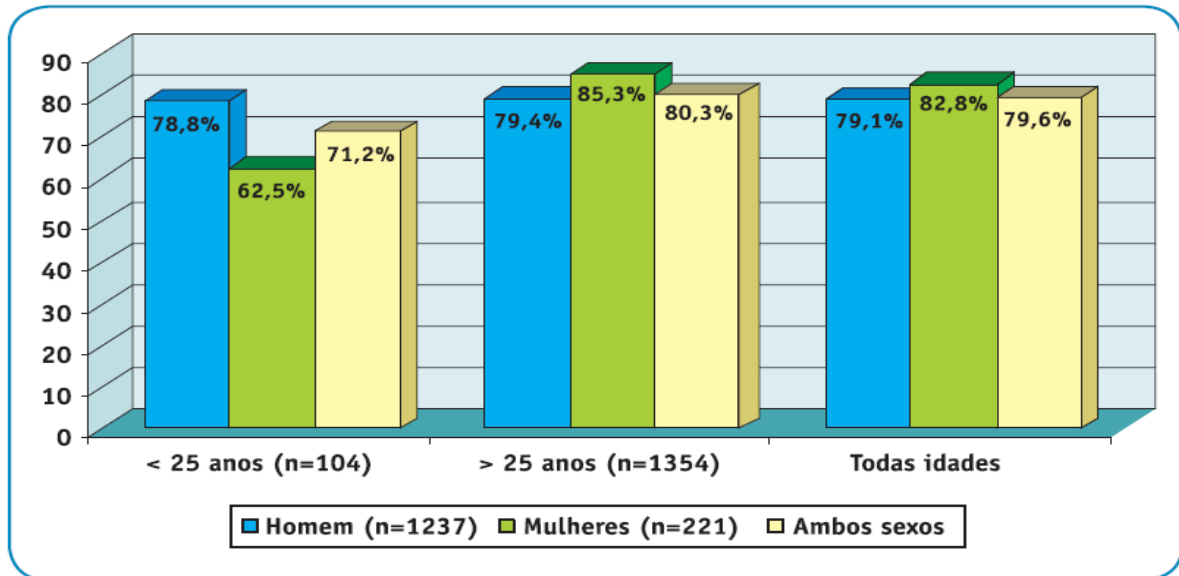


Gráfico 11 apresenta a percentagem de usuários de drogas injetáveis que identificam corretamente os modos de transmissão do HIV, e que rejeitam declarações equivocadas sobre esses modos de transmissão do HIV em Portugal no ano de 2007

Fonte: Pesquisa Nacional de 1458 Usuários de Drogas Injetáveis, de janeiro a março de 2007. A Coordenação Nacional para a Infecção de HIV/AIDS do Ministério da Saúde de Portugal. O Gráfico foi processado por ONUAIDS.

6.4 A RESPOSTA PORTUGUESA SOBRE O COMBATE DO HIV/AIDS

O quadro de estágios que se segue, resume as etapas importantes da resposta portuguesa ao HIV/AIDS em Portugal, e destacam-se Em 1985 foi constituído o Grupo de Trabalho da AIDS e um sistema de notificação de casos de infecção por HIV. Em 1987 com participação de 100% de medicação antirretroviral. Em 1990 foi criada a Comissão Nacional de Luta Contra a AIDS. Em 1993 com Introdução do Programa de Troca de Seringas. Em 1998 foram nomeadas as comissões distritais como parte do desenvolvimento regional das estratégias nacionais. Em 2002 foi criada a Rede Nacional dos Centros de Aconselhamento e Detecção de HIV/AIDS(12).

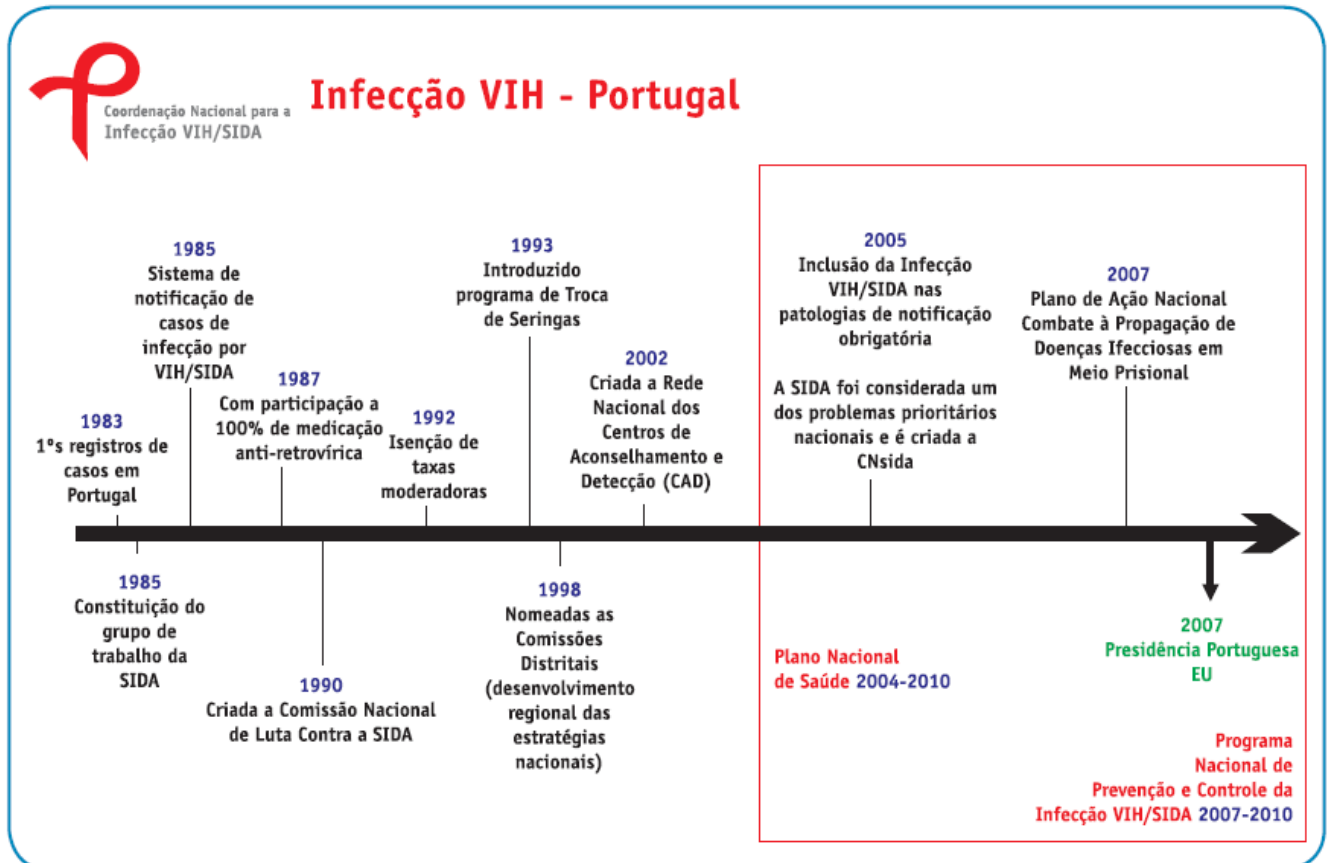


Gráfico 12 Apresenta as etapas da resposta portuguesa ao HIV/AIDS desde o ano de 1983 a 2007
 Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério da Saúde, Portugal.

Conforme mostra o gráfico 13, a despesa nacional portuguesa com os medicamentos antirretrovirais aumentou aproximadamente de 75 milhões de Euros em 2001, para quase 150 milhões de Euros em 2007.

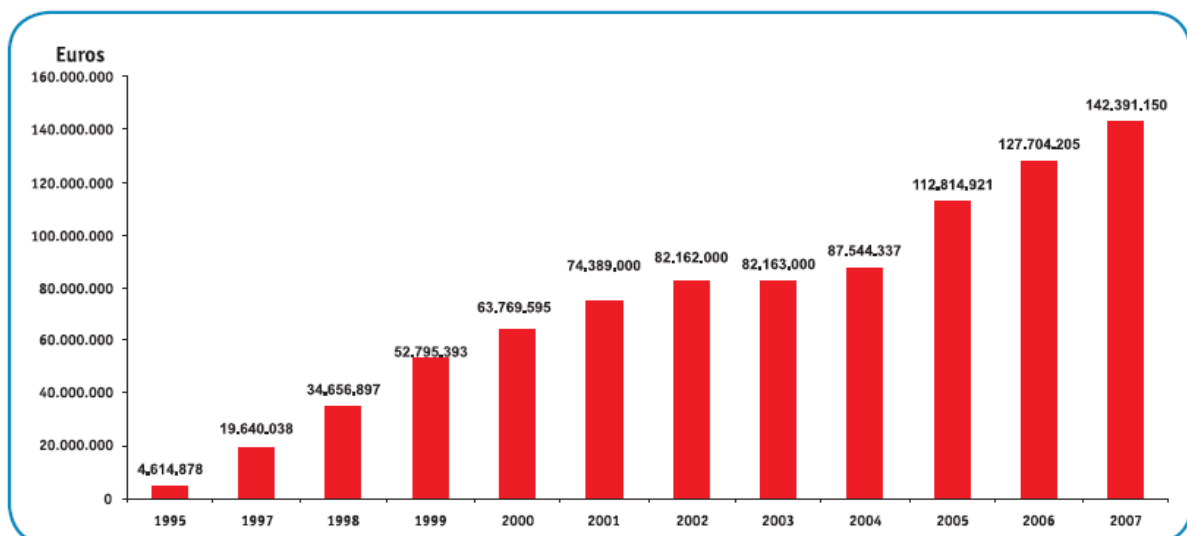


Gráfico 13 As despesas com terapia antirretroviral em Portugal entre ano de 1995 a 2007 avaliados em Euros
 Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério da Saúde, Portugal.

No período entre 2006 e 2007, mais de 85% das mulheres grávidas vivendo com HIV/AIDS, elas estavam sob terapia antirretroviral, e mais de 96% das mulheres grávidas tinham feito pelo menos um teste de HIV durante a gravidez ou no parto. A incidência da transmissão do HIV da mãe para filho está abaixo dos 0.5%. Os números de testes de HIV/AIDS aumentaram consideravelmente entre 2000 e 2007. O número de preservativos distribuídos pelo Ministério da Saúde aumentou em quase 100% entre 2006 e 2007. Em 2007 foram distribuídas 2.640.000 seringas a usuários de drogas, com vistas à redução do uso compartilhado e conseqüentemente, prevenir a transmissão do HIV/AIDS e as outras DSTs(12).

6.4.1 A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV E AIDS EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

A taxa de prevalência do HIV/AIDS em São Tomé e Príncipe é estimada em 1%. Deste modo, percebe-se o rápido aumento da prevalência em mulheres gestantes, conforme mostra o gráfico 17. Pois, os dados deste gráfico indicam a crescente tendência no crescimento epidemiológico por infecção pelo HIV/AIDS nesse país.

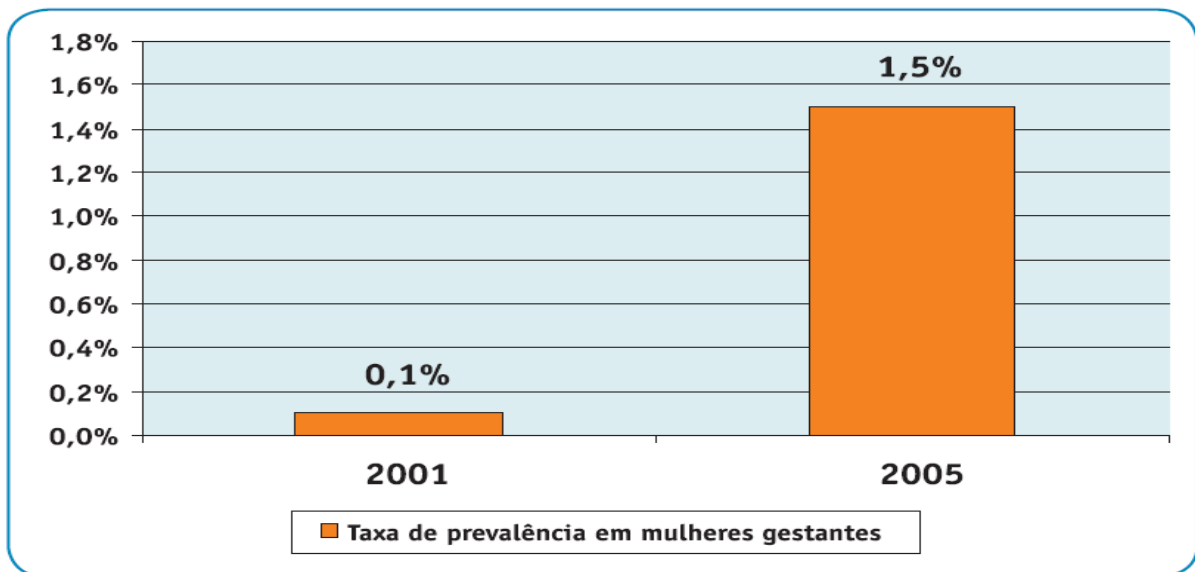


Gráfico 14 Taxa de prevalência em mulheres gestantes em São Tomé e Príncipe entre 2001 e 2005
Fonte: Country Progress Report, Santo Tomé e Príncipe 2006/2007. Gráfico processado por ONUSIDA.

Em São Tomé e Príncipe, as mulheres são mais afetadas pela epidemia do HIV do que os homens. Isso porque, a evolução de casos de HIV/AIDS por sexo obteve um crescimento rápido a partir de 2004. No entanto, este crescimento de casos notificados, desenvolveu-se de forma rápido nas mulheres do que nos homens. Como mostra o gráfico 18.

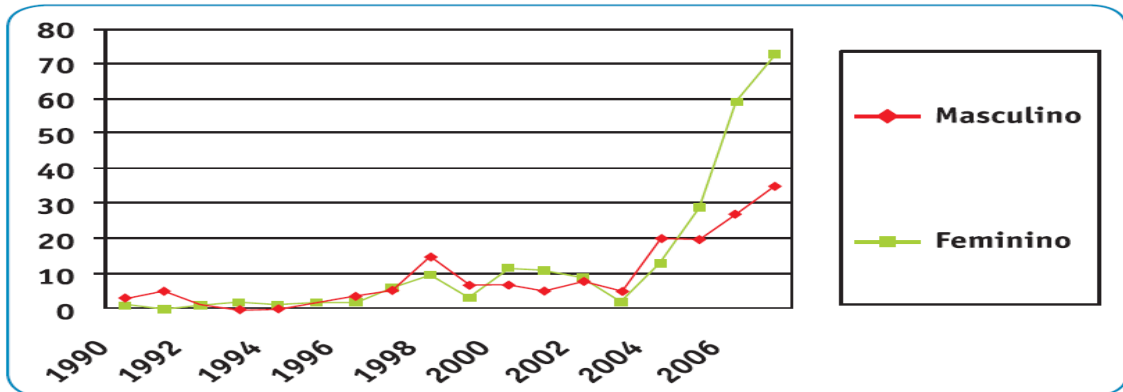


Gráfico 15 Evolução dos casos de HIV/AIDS por sexo em São Tomé e Príncipe de 1990 a 2008
Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA, São Tomé e Príncipe

Com o elevado crescimento notificado em 2004, que obteve uma redução significativa em 2007. Portanto, isso fez com que reduzisse também o número dos óbitos proporcionados pela disseminação do HIV/AIDS em 2008. Como se pode observar no gráfico 19.

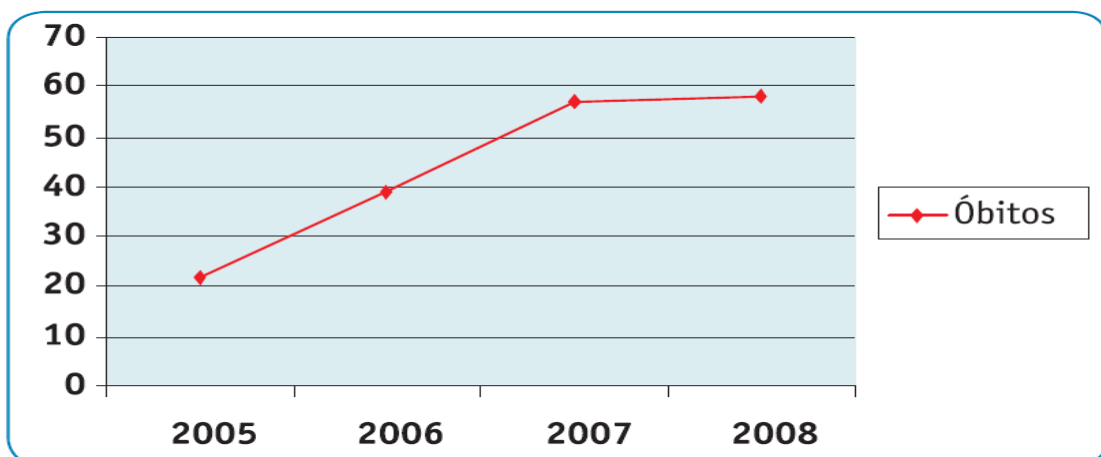


Gráfico 16 Números de óbitos por AIDS em São Tomé e Príncipe entre 2005 a 2008
Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA, São Tomé e Príncipe.

O gráfico 20 apresenta a distribuição proporcional dos modos de transmissão do HIV/AIDS. Pois, verifica-se que o modo predominante de transmissão do HIV/AIDS é o heterossexual com 89,5%.

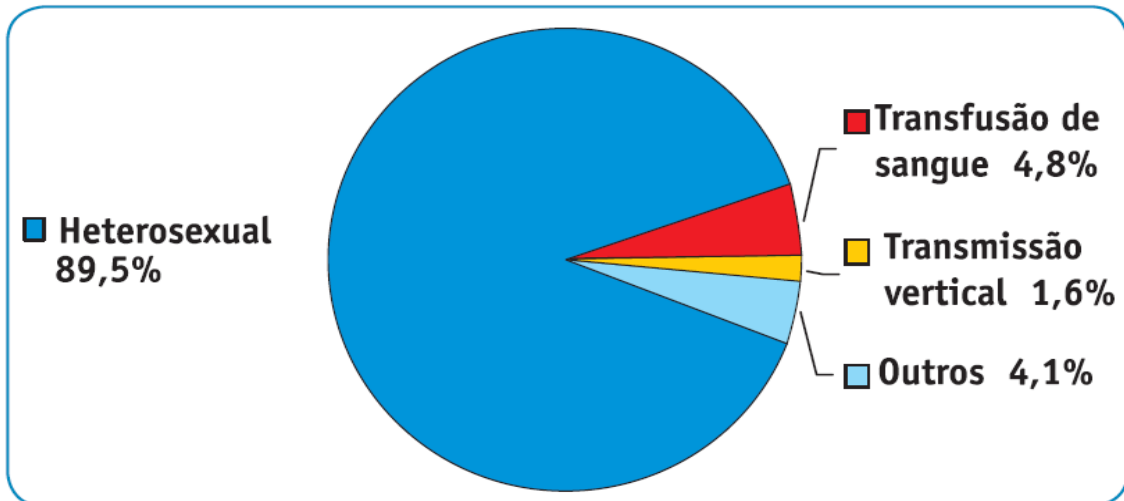


Gráfico 17 Os principais modos de transmissão por HIV em São Tomé e Príncipe entre 2006/2007
 Fonte: Country Process Report, São Tomé e Príncipe, 2006/2007. Gráfico adaptado por ONUSIDA

6.4.2 **RESPOSTA SANTOMENSE NA LUTA CONTRA HIV/AIDS**

O Programa Nacional de Luta contra a HIV/AIDS foi implementado em São Tomé e Príncipe em 1987. O programa estava direcionado à informação sobre HIV/AIDS e à prevenção de transmissão do vírus. Foram executados planos de curto prazo anuais e bienais, a fim de melhorar a resposta à epidemia, assim foi desenvolvido o Plano Estratégico Nacional de Luta contra a AIDS (PEN) entre 2004 e 2008. Por conseguinte, os objetivos do Plano são:

- a) reduzir o risco de infecção por HIV/AIDS;
- b) diminuir a vulnerabilidade à infecção, e
- c) diminuir o impacto da epidemia;

Em 2006, o Governo de São Tomé e Príncipe assumiu o compromisso de acelerar a prevenção ao HIV/AIDS. Por outro lado, o acompanhamento médico de pacientes com HIV/AIDS foi implementado em 2001, com o tratamento de doenças oportunistas. Desse modo, fez com levou a introdução do Tratamento Antirretroviral iniciada em 2005, após o desenvolvimento de um protocolo para o tratamento em 2004(12).

No âmbito dos objetivos do programa “3x5”, o país se comprometeu em aumentar a disponibilidade do Tratamento Antirretroviral. Em 2006, aproximadamente 14% dos pacientes que necessitavam de Tratamento Antirretroviral, foram atendidos pelo Programa. Esta percentagem aumentou para 24,7% em 2007. Os testes voluntários do HIV foram iniciados em 2003 e foram rapidamente expandidos, e atualmente existem 32 serviços de saúde que oferecem testes voluntários(12).

Os testes estão disponíveis em todos os distritos santomenses, e o número de pessoas aconselhadas e testadas aumentou em 15% entre 2006 e 2007. Assim, ressalta-se a importante

participação de Organizações Não Governamentais (ONGs) neste processo, bem como o crescente compromisso do Governo de São Tomé e Príncipe com a previsão do diagnóstico para o HIV/AIDS(12).

Por outro lado, destaca-se também a importância do Programa de Prevenção e Transmissão do HIV/AIDS de Mãe para Filho (PTMF) iniciado em 2005, o Programa facilita a realização dos testes voluntários do HIV/AIDS e tratamento preventivo da transmissão vertical das mães soropositivas. Em consequência disso, em 2005, cerca de 150 profissionais de saúde foram treinados para prestar aconselhamento e testagem entre mulheres grávidas.

A partir de janeiro de 2006 os testes do HIV/AIDS para mulheres grávidas, foram disponibilizados em todos os distritos de São Tomé e Príncipe. As mulheres gestantes testadas HIV+, são incentivadas a fazer uso da terapia tripla e recebem alimentos que substituem o leite materno para poder evitar a amamentação. Foram realizadas atividades de educação e de informação sobre saúde sexual e reprodutiva, incluindo o tema do HIV/AIDS, que são voltadas à população em geral de todas as localidades do país e, foram incluídos também a essa realidade os grupos vulneráveis, especialmente os jovens. Para a divulgação das mensagens foram utilizados programas de televisão, rádio, teatro e material impresso como cartazes, folders e entre outros(12).

O tema foi incluído nas grades curricular escolar e foram realizados programas de prevenção para profissionais do sexo. Existe somente um banco de sangue no país. Todas as unidades de sangue são sistematicamente testadas para o HIV/AIDS. Ainda não existe um sistema de controle externo para garantir a qualidade dos testes do HIV/AIDS. A distribuição gratuita de preservativos aumentou consideravelmente desde 2005. Os preservativos estão disponíveis em postos de saúde em todo São Tomé e Príncipe. As ONGs e associações da sociedade civil apoiam na distribuição deste insumo de prevenção na luta contra a epidemia(12).

Programas de apoio a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS) e seus familiares começou em 2005, e estes programas ainda são muito limitados. Por exemplo, em 2006 a Cruz Vermelha e o UNICEF treinaram PVHIV/AIDS em atividades geradoras de renda. Em 2007, foram mobilizados US\$ 2.027, 077 para a execução do Plano Estratégico Nacional de Luta contra AIDS entre os anos de 2004 e 2008. Foram estabelecidos alguns parâmetros com vistas ao acesso universal, conforme a Tabela-resumo 10.

Tabela 10 Percentual das crianças órfãs susceptíveis à vulnerabilidade em São Tomé e Príncipe

	2005	2008	2010
Percentual de órfãos e crianças vulneráveis recebendo apoio apropriado	DND	40%	65%
Preservativos distribuídos	560.000	1.050.000	1.350.000

Fonte: Country Process Report, Sao Tomé e Principe, 2006/2007.

6.4.4 A SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS EM TIMOR-LESTE

A epidemia de HIV/AIDS em Timor-Leste reflete tanto seus desafios ao desenvolvimento quanto a fatores comportamentais, sociais e culturais específicos. O país enfrenta sérios desafios pela falta de informação sobre o estado da epidemia do HIV/AIDS. O sistema de vigilância epidemiológica ainda é incipiente. Em 2007, foi realizada uma pesquisa sobre HIV/AIDS, pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 5 hospitais timorenses incluindo 2.143 participantes, os dados preliminares indicam que 0,19% dos participantes dessa pesquisa foram testados HIV+.

Estima-se que a taxa de prevalência do HIV/AIDS em Timor-Leste é relativamente baixa, e está em aproximadamente 0,2% a 0,5%, mas fatores como o deslocamento massivo da população, a migração transfronteiriça, a alta taxa de desemprego e a debilidade do sistema de saúde aumentam a vulnerabilidade do país à epidemia do HIV. Pois, constata-se que em 2007 foram notificados 56 casos de HIV/AIDS conforme mostra o gráfico 21.

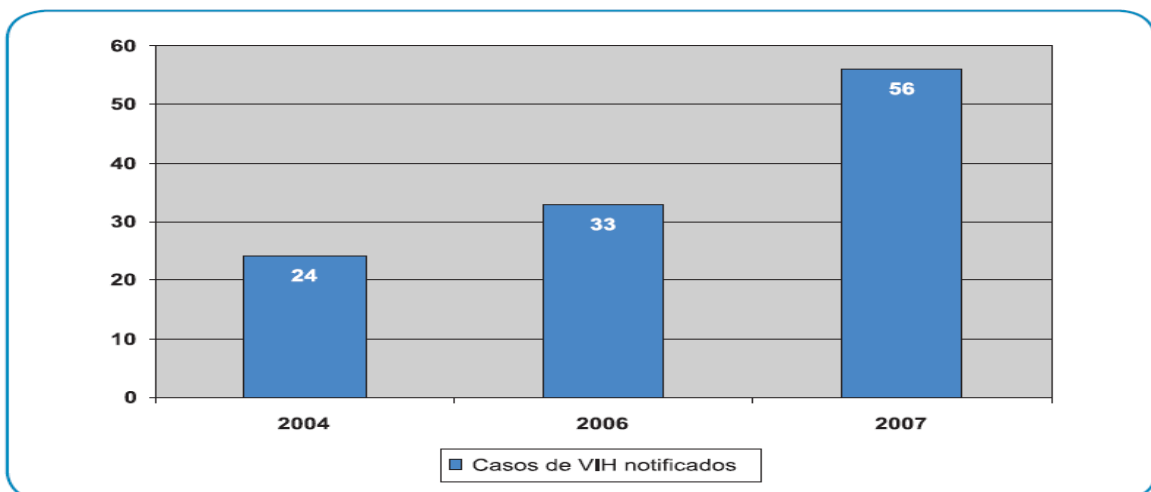


Gráfico 18 Casos de HIV/AIDS notificados e número de casos acumulado entre 2004, 2006 e 2007 em Timor Leste

Fonte: Ministério de Saúde de Timor-Leste e USAID. Gráfico processado por ONUSIDA

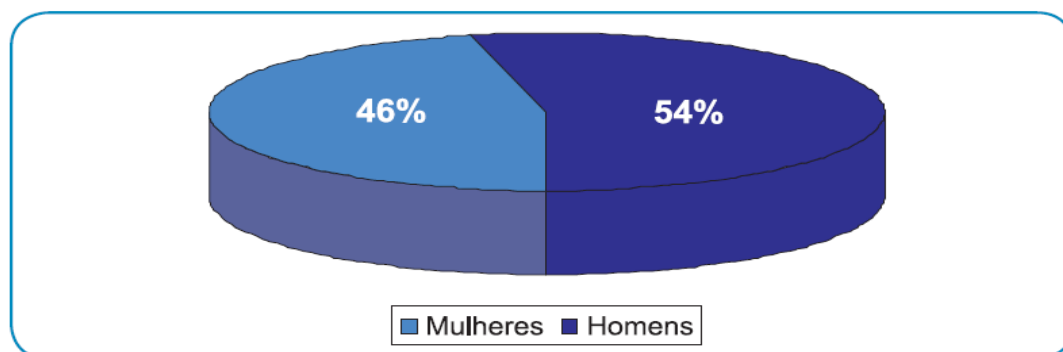


Gráfico 19 Número de casos de HIV/AIDS notificados por sexo em Timor Leste 2007

Fonte: Ministério da Saúde de Timor Leste e USAID. Gráfico processado por ONUAIDS

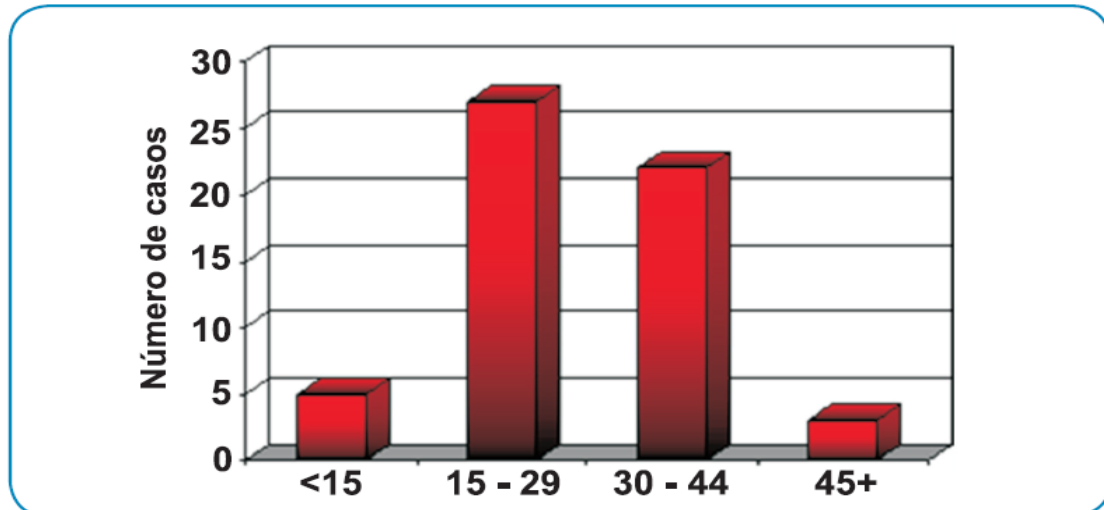


Gráfico 20 Mostra o número de casos de HIV/AIDS notificados por faixa etária em 2007
Fonte: Ministério da Saúde de Timor Leste.

O estudo realizado pela ONUAIDS em 2003 mostra que, 3% das mulheres profissionais de sexo foram infectadas pelo HIV/AIDS. Quanto aos homens que fazem sexo com homens, o estudo registrou uma taxa de infecção pelo HIV/AIDS de 1%. As taxas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são elevadas entre os grupos de maior risco de infecção, em especial entre mulheres profissionais de sexo e homens que fazem sexo com homens. Dos 56 casos de infecção pelo HIV/AIDS notificados em 2007, pelo menos três pessoas têm a coinfeção de HIV/AIDS e mais Tuberculose.

Em Timor-Leste, o conhecimento da população sobre as formas de prevenção do HIV/AIDS é muito limitado. O mesmo estudo indica que, 16% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos já haviam ouvido falar de HIV/AIDS e, entre elas, apenas 1% sabiam como prevenir a transmissão do vírus de HIV/AIDS. Ainda de acordo com ONUAIDS 2003 mostra que 79% das mulheres profissionais de sexo em Dili, Capital de Timor-Leste não sabiam que o uso de preservativos podia impedir transmissão do HIV/AIDS, conforme mostra gráfico 24.

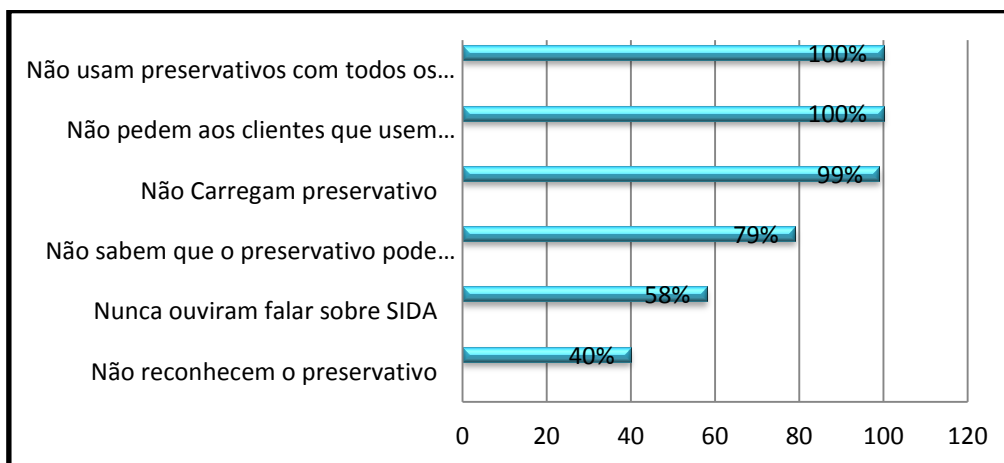


Gráfico 21 Conhecimento do HIV/AIDS e uso de preservativos entre mulheres profissionais de sexo em Dili – Timor-Leste, no ano de 2003

Fonte: ONUSIDA - Pisani and Dili STI survey team 2004

Conforme os resultados da pesquisa realizada em Timor-Leste mostra que taxistas, soldados e homens que fazem sexo com homens têm um conhecimento relativamente alto sobre a existência do HIV/AIDS. Mas uma alta porcentagem desses grupos não sabe que o uso do preservativo pode prevenir a transmissão do HIV/AIDS, conforme apresentada na Tabela 11. O acesso da população a preservativos é restringido pela escassez de preservativos ou pelo alto custo de venda. Além disso, aspectos culturais e religiosos limitam o uso de preservativos.

Tabela 11 Conhecimento HIV/AIDS e formas de transmissão do HIV entre taxistas, soldados e homens que fazem sexo com homens em Timor-Leste

Indicador	Taxistas	Soldados	Homens que fazem sexo com homens
Porcentagem que ouviu falar do HIV	84%	91%	86%
Porcentagem que sabe que o uso de preservativo pode prevenir a transmissão do HIV	42%	60%	63%

Fonte: Ministério da Saúde de Timor-Leste. Plano Estratégico Nacional de HIV/AIDS/DST 2006-2010.

Tabela adaptada por ONUAIDS.

6.4.5 **A RESPOSTA TIMORENSE SOBRE HIV/AIDS**

Em Timor-Leste foi elaborado para o período de 2002 a 2005 o primeiro Plano Estratégico Nacional de Luta contra a HIV/AIDS (PEN I). Este plano multisetorial foi desenvolvido em cooperação com agências de cooperação internacional. Os objetivos do PEN I foram constitui em fortalecimento as estruturas de coordenação para a luta contra o HIV/AIDS a nível nacional, o que favoreceu a criação de um estabelecimento que controla o sistema de vigilância epidemiológica nacional timorense, bem como a disseminação da informação sobre os modos de transmissão do HIV/AIDS entre a população(12).

Em 2005, o Ministério da Saúde timorense, com o apoio das agências da ONU e as principais organizações da sociedade civil, deu início a um processo de revisão do PEN I. O resultado foi à elaboração de um novo Plano Estratégico Nacional de Luta contra a AIDS (PEN II) para o período de 2006 a 2010. O PEN II foi aprovado pelo Conselho de Ministros em agosto de 2006. Com a finalidade de impedir o aumento de taxa de prevalência do HIV/AIDS e, minimizar as consequências da epidemia para portadores do vírus. Para a coordenação das intervenções contra HIV/AIDS, foi estabelecida uma Comissão Nacional de HIV/AIDS. A Tabela que segue apresenta o resumo de alguns progressos referente ao acesso universal à prevenção e ao tratamento de HIV/AIDS em Timor-Leste.

Tabela 12 Progressos quanto ao acesso universal à prevenção do HIV e ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS

Indicador	Homens que fazem sexo com homens
Aconselhamento e Testagem Voluntários	<ul style="list-style-type: none"> - Instruções e procedimentos desenvolvidos - 22 representantes do Governo e de Organizações não Governamentais capacitados - Serviços de Aconselhamento e Testagem Voluntário estabelecidos em diferentes clínicas nacionais e privadas
Tratamento com medicamentos anti-retrovirais e tratamento de infecções oportunistas	<ul style="list-style-type: none"> - Instruções e procedimentos desenvolvidos - 20 pessoas vivendo com VIH/SIDA em tratamento anti-retroviral
Prevenção de Transmissão Vertical (da mãe ao filho)	<ul style="list-style-type: none"> - Instruções e procedimentos desenvolvidos - 26 trabalhadores de saúde de instituições governamentais e não governamentais capacitados em Prevenção da Transmissão Vertical - 33 provedores de saúde capacitados no uso de profilaxia anti-retroviral pós exposição
Informação estratégica para o monitoramento e a planificação das intervenções contra VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - 11 pessoas (equipe de laboratórios) capacitadas no diagnóstico de DST e VIH
Conhecimento de jovens sobre os modos de prevenção do VIH e das DST	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada uma campanha nacional de informação sobre o VIH/SIDA para a juventude. - O tema de mudança de comportamento com vistas à redução do risco de uma infecção pelo VIH foi incluído nos programas de educação (dentro e fora da escola).

Os medicamentos antirretrovirais foram providos pelo Governo Brasileiro através de um acordo de cooperação com o Timor-Leste. O acordo também inclui a capacitação de pessoal para a realização de tratamento com os medicamentos antirretrovirais. A resposta nacional timorense tem sido fortalecida pela participação do país em Projeto Laços Sul-Sul. Dentre os resultados da cooperação com o Projeto Laços Sul-Sul pode-se destacar:

- Início da oferta de tratamento antirretroviral;
- Início do programa de prevenção ao HIV/AIDS entre jovens dentro e fora das escolas, com o apoio das mídias televisiva e radiofônica;
- Apoio na elaboração do Plano Estratégico Nacional de Luta contra a AIDS de 2006 a 2010 (PEN II);
- Estabelecimento de uma unidade de HIV/AIDS no Ministério da Saúde; e
- Treinamento para profissionais de saúde;(12).

7 ANÁLISE DOS DADOS

No que se refere aos projetos de cooperação entre os países de língua portuguesa em África observa-se que a República de Moçambique com 40% foi o mais beneficiado em cooperação em saúde, seguido da República Popular de Angola com 23%. A soma das porcentagens das Repúblicas de São Tomé e Príncipe e de Cabo-Verde totalizaram 30%. Em quanto que a da República da Guiné-Bissau foi o menos beneficiado com 7% de todos os PALOP. Como mostra o gráfico 2.

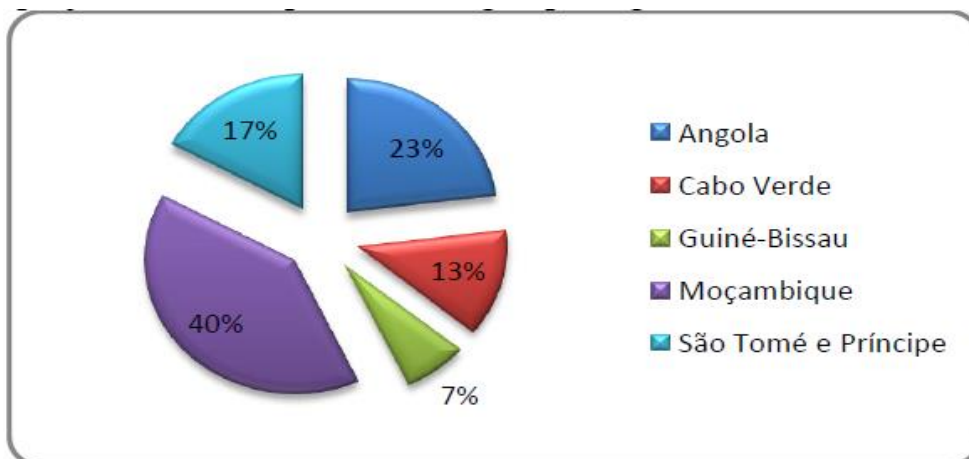


Gráfico 22 Distribuição dos projetos entre os países de língua portuguesa na África

Fonte: Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde (2010)

Quanto às áreas em que o Brasil desenvolve mais cooperação com os países africanos, destaca-se as áreas de Saúde com aproximadamente 22,5%, seguido da Qualificação Profissional com cerca de 21,8%, a terceira destaque na cooperação com esses países foi na área da Agricultura e Pecuária com 17,2%, a área da Educação também merece ser enfatizada destacando-se seus 15,5%. A soma das áreas de Desenvolvimento Social, Energia e Biocombustível, Esporte, Urbanização, Cultura, Gerenciamento eletrônico e Outros totalizou 23%, como mostra o gráfico 3 em baixo.

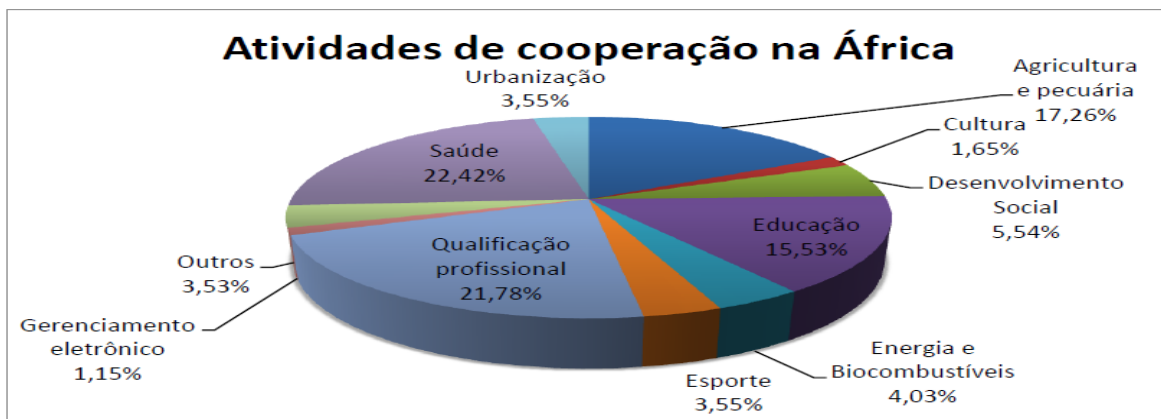


Gráfico 23 Distribuição das atividades e projetos de cooperação na África

Fonte: Gráfico adaptado de ABC, Atividade de cooperação em África. Gráfico traduzido do original que estava em inglês

No que diz respeito aos países mais beneficiados em termo de cooperação com Brasil, destaca-se os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa com 77,5%, seguido dos Países de Língua Inglesa com 11,3% e enquanto que os Países de Língua Francesa soma os 11,2%.

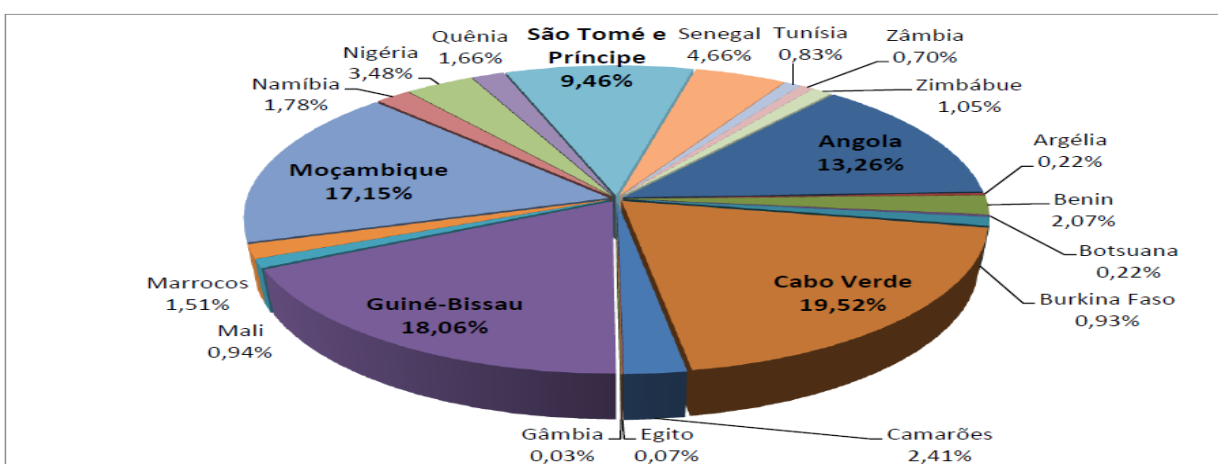


Gráfico 24 Porcentagem de atividade de cooperação brasileira por países na África

Fonte: Gráfico adaptado de ABC, Cooperação internacional do Brasil e os países africanos

Quanto à prevalência dos casos, o resultado mostra que Moçambique apresenta uma elevada taxa de prevalência (10,8%) se comparado com outros Países de Língua Oficial Portuguesa, seguido da Guiné-Bissau, com a taxa de 5%, pois verifica-se que Timor-Leste apresenta a taxa de prevalência de HIV/AIDS mais baixa (2%) entre todos os países membros da CPLP e PALOP, devido aos fatores socioculturais, apesar de baixa taxa de prevalência ainda precisa-se reforçar a conscientização da população timorense sobre tema. Por exemplo, caso seja investido mais na divulgação das informações sobre a HIV/AIDS, poderia diminuir este valor para até 0,5% de taxa de prevalência.

No que diz respeito à cooperação em geral que o Brasil estabelece com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, o resultado mostra que a República de Cabo-Verde é o mais

beneficiado, seguido da República da Guiné-Bissau entre outros. Por outro lado, a República de Timor-Leste é menos beneficiado em termos de cooperação com o Brasil, entre os membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, o que pode ser justificada pela sua entrada tardia na CPLP.

Quanto aos números de casos comprovados, o resultado mostra que Moçambique apresenta alto índice entre todos os membros da CPLP e dos PALOP com aproximadamente 1,6 milhões de pessoas soropositivas, seguido da Guiné-Bissau com cerca de 700 mil pessoas soropositivos. No que diz respeito ao país que apresenta menos caso e República de Timor-Leste apresente um total de 1.373 foram testadas pessoas soropositivos.

8 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O Brasil no cenário da Cooperação Internacional em HIV/AIDS, desenvolveu as novas e recentes iniciativas internacionais, isto somado ao esforço contínuo das agências multilaterais, bilaterais, dos governos e das organizações da sociedade civil que lutam para combater a epidemia do HIV/AIDS que assola o mundo. No entanto, para efetivar a demanda com relação ao acesso universal ao Tratamento Antirretroviral é necessária uma permanente ampliação e consolidação da cooperação Sul-Sul em Saúde que o Brasil proporciona aos países membros da CPLP/PALOP e entre outros.

Para tanto, primeiramente foi desenvolvido panorama histórica da evolução epidemiológica do HIV/AIDS nos países de CPLP/PALOP. Para isso, o resultado mostra que Moçambique apresenta alto índice entre todos os membros da CPLP e dos PALOP com aproximadamente 1,6 milhões de pessoas soropositivas, seguido da Guiné-Bissau com cerca de 700 mil pessoas soropositivos. No que diz respeito ao país que apresenta menos caso de incidência de HIV/AIDS é a República de Timor-Leste que apresente um total de 0,5% da população soropositivas.

Quanto à cooperação Sul-Sul, o resultado mostra que, os países em desenvolvimento, especificamente os da África, Ásia e Europa de Leste e Oceania intercalam-se no aspecto de cooperação técnica com Brasil. Isto foi realçado pelo desempenho elogiável da Agência Brasileira de Cooperação (ABC). Por outro lado, observa-se que os países africanos são os mais beneficiados com os projetos de cooperação estabelecidos pelo acordo de Cooperação Horizontal Sul-Sul em Saúde.

No que diz respeito às relações históricas de cooperação em saúde entre o Brasil e PALOP, o resultado mostra que, apesar da existência das relações de cooperação outrora, mas de maneira muito limitada que só se consolidou com a chegada ao poder o presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2003. E, a partir daí nasce à nova estratégia política externa entre o Brasil e a África.

Em relação à propagação da epidemia do HIV/AIDS no continente africano, o resultado mostra que, o Brasil preocupou-se em ajudar no combate a epidemia e tratamento dos pacientes portadores de vírus de HIV/AIDS que assola os PALOP, por meio de instalação de fábrica para a produção de medicamentos antirretrovirais em Moçambique, por ter apresentado o elevado índice da infecção em relação aos outros países do PALOP. Como a Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe apresentam números de casos relativamente baixa se comparado ao Moçambique. Em razão disso, o Brasil tem os apoiado na obtenção dos remédios antirretrovirais, na formação e capacitação dos profissionais da área de saúde, com a finalidade de combater a propagação da epidemia de HIV/AIDS nesses países. O apoio dado pelo Brasil por meio do Ministério da Saúde, através dos seus departamentos e institutos ligados à saúde, como por exemplo, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Farmanguinhos, RETS e RET-SUS. Com a finalidade de fortalecer a educação técnica em saúde.

Tudo isso, necessita-se realçar por outro lado, os esforços alcançados pelo Brasil com a quebra de patente dos medicamentos antirretrovirais, e na distribuição gratuita aos portadores de vírus de HIV/AIDS, assim como na prevenção e cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Desta maneira, os projetos de cooperação ajuda a sinalizar as perspectivas em direção ao futuro em função dos compromissos políticos internacionais ratificados pelos países-membros da CPLP/PALOP, com ênfase naqueles relacionados ao acesso universal à prevenção, tratamento e no cuidados da infecção pelo HIV/AIDS.

O resultado de pesquisa mostra que entre 2003 e 2014, os países pesquisados demonstram um grande avanço no campo da farmacologia dos antirretrovirais, tendo como suporte o Brasil, o que proporcionou a mudança no estágio clínico e na vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, possibilitando um aumento na expectativa de vida dos pacientes soropositivo. Apesar dos avanços alcançados, verifica-se a facilidade com que os vírus adquirem a resistência, por meio da genotipagem, hoje estão sendo adotado apenas para pacientes com falha terapêutica, o que torna imprescindível o desenvolvimento de novos medicamentos. Assim é possível uma terapia de resgate mais personalizada de acordo com o perfil de mutações apresentadas. A ampliação do arsenal terapêutico aliado a politerapia baseada na genotipagem para todos os pacientes com indicação de uso, influenciará o controle farmacológico desta infecção por períodos maiores, auxiliando no combate da epidemia. A adesão aos medicamentos é essencial para a manutenção da baixa carga viral e menor desenvolvimento de resistência.

No que tange ao histórico epidemiológico, o resultado mostra que, a República de Moçambique com cerca de 1,6 milhões pessoas infectadas pelo vírus de HIV/AIDS é o país com maior número de pessoas vivendo com a doença. Por outro lado, Moçambique acolhe 4% dos casos que se estima existirem a nível mundial, e 6% da África subsaariana, segundo o relatório da ONU. Uma tendência que é replicada nalguns dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Na Guiné-Bissau de 4% para 3,7%, e em São Tomé e Príncipe de 1,4% para 0,6%. Cabo-Verde manteve-se nos 5%, e em Angola houve um aumento de 1,9% para 2,4%.

A dissertação trouxe em evidencia importantes informações sobre as formas de cooperações estabelecidas entre o Brasil, os Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Esta cooperação possui seus aspectos contributivos positivos e negativos, tanto para a sociedade brasileira quanto para a comunidade dos países de língua portuguesa e os lusófonos da África. Apesar de entender os aspectos técnicos dessa cooperação foi o grande desafio dessa pesquisa.

Assim sendo, a partir desta dissertação recomenda-se os seguintes engajamentos no cumprimento dos acordos assinados pelos Governos dos Estados em Cooperação em saúde na luta contra a epidemia do HIV/AIDS:

- a) Maior empenho nos compromissos firmados pelos Governos dos países que ratificaram os acordos de cooperação em saúde, e devem empenhar no cumprimento do mesmo para que traga bons resultados em favor da dignidade humana. Na falta do cumprimento do mesmo, significa que haverá mais a propagação da epidemia nesses países e pelo mundo.
- b) Reforçar o investimento na divulgação, formação, capacitação dos profissionais da área de saúde, prevenção, nas campanhas de sensibilização e conscientização, educação preventiva das populações sexualmente ativa, nos trabalhadores e trabalhadoras de sexo e, de maneira geral em toda a sociedade. Se as pessoas não levarem a sério a doença, ela pode se tornar mais grave do que já é.
- c) É necessária a criação de polos e fábricas farmacológicas para reforçar a produção de medicamentos em diferentes países, tendo em conta a mutabilidade e resistência de vírus. Com as instalações das fábricas irão contribuir significativamente na redução dos valores nos Orçamentos Gerais dos Estados disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a compra dos medicamentos antirretrovirais.
- d) Seria pertinente levar em consideração a ideia sustentada pelo GADELHA, quando afirma que, “não há país que se possa ser considerado como desenvolvido com a saúde precária”. Sendo dessa forma, pode-se afirmar que os avanços nos sistemas de saúde do Brasil podem ajudar a levar aos países de CPLP/PALOP a melhorar a qualidade de vida e as condições socioeconômicas das pessoas portadoras de vírus de HIV/AIDS.

9 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABC. Publicação da Agência Brasileira de Cooperação Ministério das Relações Exteriores| Março 2007.

AGENCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO, 2014. Disponível: <<http://homologacao.abc.gov.br/Projetos/CooperacaoSulSul/Palop>>. acesso em: jan.2015.

A reaproximação de cooperação entre Brasil e África durante os dois governos de Luiz Inácio Lula da Silva. Disponível em <http://www.abc.gov.br/default.asp>. Acessado em 18 nov. 2014.

Assembleia Nacional de Cabo-Verde. Lei nº 41/VI/2004. Directrizes e princípios.

Assembleia Constituinte. *Constituição da República Popular de Angola*. Luanda, 2014.

AURÉLIO M, Torronteguy A, Paulo S. O DIREITO HUMANO À SAÚDE NO DIREITO INTERNACIONAL : Efetivação por meio da cooperação sanitária Tese de Doutorado. 2010.

BASEADO NUMA NOTÍCIA PRODUZIDA PELO CENTRO DE NOTÍCIAS DA ONU A 26/10/2006. Nações Unidas ajudam a Guiné-Bissau a combater o HIV/SIDA nas crianças <http://www.unric.org/pt/actualidade/7053> Acesso: 24/11/2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde, Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde. Cooperação Brasil e Moçambique na Área da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação: 2010./Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 372 p.: il. ISBN. 1. Cooperação Técnica – 2. Termos de Cooperação I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título. Tiragem: 1ª edição – 2011 – 100 exemplares. Brasília, 2011.

BRITO, Ana Maria de; SZWARCHALD, Célia Landmann; CASTILHO, Euclides Ayres de. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. Rev. Assoc. Méd. Brás, Rio Grande do Norte, v.52, n.2, p.86-92, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Cooperação Sul-Sul: a Experiência de Cooperação Internacional em Saúde. III CNPEPI. Brasília, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; Almeida, Celia; Campos, Rodrigo Pires de; Ferreira, José Roberto Fonseca, Luiz Eduardo. A concepção brasileira de “Cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.343pt. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.25-35, mar., 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; Ferreira, José Roberto. Diplomacia da Saúde e Cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). DOI: 10.3395/reciis.v4i1.351pt. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.106-118, mar., 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; José Roberto Ferreira. Ensaio crítico sobre a Cooperação Internacional em Saúde. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.350pt. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.93-105, mar., 2010.

CASOS DE AIDS ENTRE JOVENS AUMENTAM MAIS DE 50% EM 6 ANOS NO BRASIL. Fantástico acompanhou jovens soropositivos no país. Nos Estados Unidos, médicos desenvolvem comprimido que previne contaminação em até 92%. Edição do dia 30/11/2014, 22h47 - Atualizado em 01/12/2014 20h27. <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2014/11/casos-de-hiv-entre-jovens-aumentam-mais-de-50-em-6-anos-no-brasil.html> Acesso: 01/12/2014.

CASOS DE VIH/SIDA ESTÃO A AUMENTAR NA GUINÉ-BISSAU POR FALTA DE INFORMAÇÃO <http://www.dw.de/casos-de-vih-sida-est%C3%A3o-a-aumentar-na-guin%C3%A9-bissau-por-falta-de-informa%C3%A7%C3%A3o/a-17695770> Acesso: 15/04/2015.

CAMPELO, Gustavo Guimarães. Cooperação em CT&I Brasil – Cabo-Verde. Diplomacia Científica: II Curso de Cooperação Internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação Coletânea de artigos. Brasília, pág.108, 2010.

CAVALCANTI, Ana Maria Salustiano. Resistência secundária aos antirretrovirais em indivíduos com AIDS e prevalência de sub-tipos do HIV-1 no nordeste do Brasil: 2002 a 2004. 2005. 75 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

CHAVES. Fábio Meneghetti. Cooperação em CT&I Brasil – Cabo-Verde. Diplomacia Científica: II Curso de Cooperação Internacional em Ciência, Tecnologia e Inovação Coletânea de artigos. Brasília, pág.339, 2010.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Adesão à Terapia Antirretroviral para HIV/AIDS. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.40, n.4, p.576-581, Dez.2006.

Compilação das estratégias de cooperação da OMS com cada país. Estratégia de cooperação da OMS com a República Democrática de São Tomé e Príncipe 2006 – 2009.

Constituição da República popular de Angola. Assembleia constituinte. Luanda, 2010.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília.

Constituição da República de Cabo-Verde. Governo de Cabo-Verde.

Constituição da República de Guiné-Bissau. Governo de Guiné-Bissau. 1996.

Constituição da República de Moçambique, 2004.

Constituição da República Democrática de São Tomé e Príncipe. Promulgada em 25 de janeiro de 2003.

Cooperação Técnica Sul-Sul entre Brasil e os PALOP - Disponível em: <http://www.abc.gov.br/Projetos/CooperacaoSulSul/CPLP> Acessado: 01/12/2014.

CPLP - A Cooperação para a Saúde no Espaço da CPLP. 2010.

Cruz O, Dst P, Internacionais O. Via ABC. 2007.

DEUTSCHE WELLE. Sida, Guiné-Bissau, Luta Contra a Sida, VIH, Saúde, Doenças, DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis. <http://www.dw.com/pt/casos-de-vih-sida-est%C3%A3o-a-aumentar-na-guin%C3%A9-bissau-por-falta-de-informa%C3%A7%C3%A3o/a-17695770>, 2014.

Direcção Nacional dos Recursos Humanos do MINSA: Relatório de Actividades de 2006, Luanda 2007.

Doença Produz Mudanças Dramáticas em Moçambique. Doença terá efeitos devastadores em Moçambique. http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2000/001201_aidsmozambique.shtml 01 de dezembro, 2000 - Publicado às 12h39 GMT – autora do artigo *Maria Tallarico* é representante da UNAIDS em Moçambique * Acesso: 01/12/2014.

DOMINGOS, Hamilton. Efeitos Metabólicos Associados à Terapia Antirretroviral Potente em Pacientes com AIDS. 2006. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Convenio Rede Centro-Oeste UnB/UFMG/UFMS, Campo Grande.

ENTREVISTA À RTP - Oficina de Cooperação Sul-Sul no Domínio da Educação e Formação de Jovens e Adultos da CPLP. Maputo, Moçambique. 26 out. 2014.

FALCI, Diego; BAY, Mônica; SPRINZ, Eduardo. Simplificação do Tratamento Antirretroviral com a Utilização de Inibidor de Protease Reforçado com Baixas Doses de Ritonavir como Monoterapia de Manutenção em indivíduos HIV positivos com Supressão Viral. *Tendências em HIV/AIDS*, São Paulo, v.1, n.1, p.24-27, 2006.

FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. Tratado de infectologia. 3.ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu, 2007. p.111-113 e 238 -239.

FOLHA DE SÃO PAULO. Custos por pacientes de AIDS caiu de US\$ 4.700 para US\$ 2.500. Folha de São Paulo. Ciência, 24 de fevereiro de 2002.

FRANCE PRESS, Genebra. Como outros países pobres, Brasil luta contra laboratórios. Folha de São Paulo. Ciência, 24 de agosto de 2001.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Saúde e desenvolvimento: uma nova abordagem para uma nova política. Revista da Saúde Pública 2012; 46 (Supl): 5-8 disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/02.pdf>. Acesso: 20 mai 2014.

GOVERNO DA REPÚBLICA DE CABO-VERDE – Ministério da Saúde. *Missão do Ministério da Saúde*. Disponível em: http://www.minsaude.gov.cv/index.php?option=com_content&task=view&id=54&Itemid=86 Acesso em: 3 dez. 2014.

GOVERNO DE MOÇAMBIQUE. Informação Geral sobre Moçambique. Disponível em: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/Mozambique> Acesso em: 14 out. 2014.

HIRSCH, Martin S.; GÜNTARD, Huldrych F.; SCHAPIRO, Jonathan M.; BRUN-VÉZINET, Françoise; CLOTET, Bonaventura; HAMMER, Scott M.; JOHNSON, Victoria A.; KURITZKENS, Daniel R.; MELLORS, John W.; PILLAY, Deenan; YENI, Patrick G.; JACOBSEN, Donna M.; RICHMAN, Douglas D. Antiretroviral Drug Resistance Testing in Adult HIV-1 Infection: 2008 Recommendations of an International AIDS Society-USA Panel. *Clinical Infectious Diseases*, Massachusetts, v.47, n.1, p.266-285, 2008.

INE - Instituto Nacional de Estatística, 2004. Final Report on the Family Budget Survey, 2002/03 Disponível em; <http://www.ine.gov.mz> Acesso em: 04 nov. 2014.

Instituto Nacional de Estatística de Guiné-Bissau. *Quadro físico*. Disponível em: http://www.statguinebissau.com/pais/index_quadro_fisico.htm Acesso: 12 dez. 2014.

KALMAR, Érika Maria do Nascimento. Avaliação da Resistência do HIV-1 às Drogas Antirretrovirais em 150 Pacientes em Interrupção Terapêutica por mais de Seis Meses. 2007. 110 f. Tese (Doutorado em Medicina). Área de Concentração: Doenças Infecciosas e Parasitárias – Universidade de São Paulo, São Paulo.

KATZUNG, Bertram G. Farmacologia: básica & clínica. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. pág. 677.

LIMA, Maria Regina Soares de. A Política Externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul. *RBPI*, v.48, n.1, p.24-59, 2005.

LOPES, Antônio Carlos. Diagnóstico e tratamento. V.3. São Paulo: Manole, 2007. p.1037 – 1040, 1045 – 1053 e 1056.

MALLMANN, Luciane Cristine. Cooperação no setor de políticas sociais: da bilateralidade Brasil-África do Sul à multilateralidade IBAS. 2009. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande

do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Porto Alegre, BR-RS, 2009.

MARTINS, Mariana da Rosa. A COOPERAÇÃO EM SAÚDE ENTRE O BRASIL E OS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (2003-2010). Trabalho de conclusão do curso de Relações Internacionais apresentado na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. PORTO ALEGRE, 2010.

MIGNONE, Ricardo; MADUEÑO, Denise. Brasil quebra de patente de remédio contra AIDS. Folha de São Paulo. São Paulo, Ciência, 22 de agosto de 2001.

MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO DA REPÚBLICA DE ANGOLA: *Estratégia de Combate à Pobreza*, Luanda, 2003.

MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO/PNUD ANGOLA. *Objectivos do desenvolvimento do Milénio*. Luanda, 2005.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. South-South Cooperation Activities Carried Out By Brazil, Secretariado Geral para Cooperação e Promoção Comercial, 2007 p. 58. MUNDIAL, BANCO. “Ponte sobre o Atlântico: Brasil e África Subsaariana: parceria Sul-Sul para o crescimento”. IPEA 47 anos por um Brasil desenvolvido. (2011).

MINISTÉRIO DA SAÚDE DA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Política Nacional de Transfusão de Sangue*. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE SÃO TOMÉ divulga novos dados sobre HIV no final deste ano <http://www.vitrine.st/vitrine3786.htm> Acesso: 01/12/2014.

Ministério da Saúde, Transmissão Vertical do HIV e SÍFILIS: Estratégias para Redução e Eliminação. Brasília - DF 2014.

Moçambique é dos países mais afetados pelo HIV/SIDA. <http://www.dw.de/mo%C3%A7ambique-%C3%A9-dos-pa%C3%ADses-mais-afetados-pelo-hiv-sida/a-17790563> Acesso: 15/042015.

NÚMEROS OFICIAIS DO VIH-SIDA DESFASADOS DA REALIDADE: Custos “silenciam” doença em Cabo-Verde. <http://www.asemana.publ.cv/spip.php?article90948> Publicado em 18 agosto 2013. Autora de Artigo, Constância de Pina. Acesso: 01/12/2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cabo-Verde dados estatísticos. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Stratégie de Coopération, un aperçu*, Cap Vert. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Country Health System Fact Sheet 2006 Guinea-Bissau. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Stratégie de Coopération, un aperçu, Guinée-Bissau*. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Regional Africano. *Estratégia de Cooperação da OMS com os Países 2009-2013 Guiné-Bissau*, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia de Cooperação Resumo São Tomé e Príncipe*. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Working together for health - The World Health Report 2006*. Geneva: WHO Press, 2006, p. 11-12.

PROGRAMA MULTIPLICA SUS. *Sistema Único de Saúde – SUS*. 2006.

RAMOS NETO, Saulo Salustiano. HIV E AIDS: Histórico, Patologia, Diagnóstico, Tratamento e Perspectivas sobre o mal do século. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma. 2004.

REPÚBLICA POPULAR DE ANGOLA. *Política Nacional de Saúde 5º esboço*. Luanda, 2009.

REPÚBLICA DE GUINÉ-BISSAU. PGDBN Plano de Gestão dos Resíduos Biomédicos PMSE... Plano afectivo de gestão dos Resíduos Biomédico e propor sistemas de Gestão dos mesmos [http://www.didinho.org/PLANODEGESTAODERESIDUOSBIOMEDICOS.pdf/](http://www.didinho.org/PLANODEGESTAODERESIDUOSBIOMEDICOS.pdf) Acesso: 20 jan 2015.

RODRIGUES, Tiago. HIV/AIDS: Relato Sobre A Epidemia, Terapia Antirretrovirais Disponíveis e Fatores Relacionados à Aquisição de Resistência. Rubarth, E.O. A diplomacia brasileira e os temas sociais: o caso da saúde. Brasília: Instituto Rio Branco; 1999.

SANTANA, José Francisco Nogueira Paranaguá. *Cooperação Sul-Sul na área da saúde: Dimensões Bioéticas*. Tese apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2012.

Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. *ABC do SUS Doutrinas e Princípios*. Brasília, 1990.

STRINGER, James R.; BEARD, Charles B.; MILLER, Robert F.; WAKEFIELDS, Ann E. A New Name (*Pneumocystis jiroveci*) for *Pneumocystis* from Humans. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v.8, n.9, p.891-896, sep. 2002.

STROHL, William A.; ROUSE, Harriet; FISHER, Bruce D. *Microbiologia ilustrada*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.374-376, 378 e 387-389.

TECHNICAL COOPERATION STRATEGY FOR PAHO/WHO and the Federative Republic of Brazil, 2008-2012. WHO - Brasília, 2007. United Nations Development Programme. Human Development Report 2014 - Country Profiles. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/statistics>>. Acesso: 12/12/2014.

TORRONTÉGUY, Marco Aurélio Antas. O papel da Cooperação Internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde. - DOI: 010.3395/ reciis.v4i1.346pt) (RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.58-67, mar., 2010.

UNAIDS. Estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), em Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic, 2012.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human Development Report. 2014. Disponível em <http://hdr.undp.org/en/statistics> Acesso em 12 jul. 2014.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human Development Report 201. New York: Palgrave Macmillan, 2014. Acesso: 01 dez 2014.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human Development Report 2014 - Country Profiles*. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/statistics> Acesso: 01 dez 2014.

VIGEVANI, T.; CEPALUNI, G. A Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. *Contexto Internacional*, v. 29, n. 2, p. 273-335, julho/dezembro 2007.

VISENTINI, Paulo. G. Fagundes; PEREIRA, A.D. *A Política Africana do Governo Lula*. Disponível em <http://www.6ufrgs.br/nerint/folder/artigos/artigos40.pdf> Acesso: 04 jun 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Country Health System Fact Sheet 2006 São Tomé and Príncipe*. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Africa, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Country Cooperation Strategy at a glance Mozambique*. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Country Cooperation Strategy 2009-2013 Mozambique.