



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-Compartilhado 3.0 Unported.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material.

O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, prover um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

NãoComercial — Você não pode usar o material para **fins comerciais**.

Compartilhado — Se você remixar, transformar, ou criar a partir do material, tem de distribuir as suas contribuições sob a **mesma licença** que o original.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou **medidas de caráter tecnológico** que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported License.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material.

The licensor cannot revoke these freedoms as long as you follow the license terms.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

NonCommercial — You may not use the material for **commercial purposes**.

ShareAlike — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the **same license** as the original.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or **technological measures** that legally restrict others from doing anything the license permits.

Esta licença está disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>

O Plano Integrado da ONU em Apoio à resposta à Aids no Amazonas e na Bahia: uma experiência interprogramática e intersetorial de cooperação técnica

The UN integrated plan for support of the response to Aids in Amazonas and Bahia, Brazil. An interprogram and intersector experience of technical cooperation.

El Plan Integrado de la ONU en apoyo a la respuesta al SIDA en el Amazonas y Bahia, Brasil. Una: experiencia interprogramática e intersectorial de cooperación técnica.

Adele Benzaken
Fundação Alfredo da Mata
Maricélia Macedo
Coordenação Estadual de DST Aids de
Bahia
Ximena Pamela Bermúdez
OPAS
Naiara da Costa Chaves
UNAIDS
Nara Santos
UNODC
Jacqueline Côrtes
UNAIDS
Ana Lúcia Monteiro
OIT
Cleiton Lima
UNIFEM
Donini Ângela
UNFPA
Codina Luis
OPAS
Pedro Chequer

UNAIDS
Andrea Bosi
PNUD
Maria Rebeca Otero-Gomez
UNESCO
Carsten Gissel
UNAIDS
Perdiz Carla
UNICEF
Cristina Albuquerque
Joaquim Fernades
PNUD
Luiz Fernando Godinho
ACNUR
Cristiana de Souza Meira
Julia Gonçalves Costa
Coordenação Estadual de Aids da Bahia

RESUMO

Este artigo apresenta o Plano Integrado

das Nações Unidas em Apoio à resposta à Aids no Amazonas e na Bahia, uma iniciativa de mobilização conjunta do Sistema das Nações Unidas no Brasil em implementação desde o final de 2007. Estabelecido a partir da prioridade nacional de se responder às inequidades regionais, o “Amazonaids” e o “Laços Sociaids” buscam fortalecer sinergias locais por meio de um apoio coordenado das Agências do Sistema ONU à resposta à epidemia nos dois estados. O artigo apresenta o contexto de elaboração do Plano Integrado, sua construção, regiões e temas prioritários no Amazonas e na Bahia. Descreve, ainda, a forma de organização para implementação das atividades e as lições aprendidas até o momento. O artigo conclui destacando o processo de apropriação e liderança locais na implementação das atividades e também no processo de fortalecimento de ações conjuntas e integradas das Nações Unidas no Brasil, como preconizado no processo de reforma da ONU.

PALAVRAS-CHAVE:

HIV/aids, ONU, Reforma da ONU, Amazonaids, Laços Sociaids.

RESUMEN

En este artículo se presenta el Plan Integrado de la ONU en Apoyo a la respuesta al SIDA en Amazonas y Bahía, una iniciativa conjunta de movilización del sistema de las Naciones Unidas implementado en Brasil desde finales de 2007. Fue establecido a partir de la prioridad nacional de responder a las desigualdades regionales. Los proyectos “Amazonaids” y “Lazos Sociaids” buscan reforzar las sinergias locales mediante el apoyo coordinado de los organismos del sistema de las Naciones

Unidas para responder a la epidemia en los dos estados. El artículo presenta el contexto de la elaboración del Plan Integrado, su construcción, las regiones y las prioridades temáticas en Amazonas y en Bahia. También describe la forma de organización para la ejecución de las actividades y las lecciones aprendidas hasta ahora. También describe la forma de organización para la ejecución de las actividades y las lecciones aprendidas hasta ahora.

El documento concluye destacando el proceso de apropiación y liderazgo local en la ejecución de las actividades y también en el proceso de fortalecimiento de acciones conjuntas e integradas de las Naciones Unidas en Brasil, como se recomienda en el proceso de reforma de la ONU.

PALABRAS CLAVE:

VIH/SIDA, ONU, Reforma de la ONU, Amazonaids, Laços Sociaids.

ABSTRACT

This article presents the UN Integrated Plan in Support to the AIDS response in Amazonas and Bahia, a joint UN mobilization initiative, being implemented in Brazil since late 2007. Established from the national priority to respond to regional inequities, the “Amazonaids” and “Laços Sociaids” seek to strengthen local synergies through coordinated support of the UN system agencies to respond to the epidemic in the two states. The article presents the context for the elaboration of the Integrated Plan, its development, regions and priority areas in Amazonas and Bahia. It also describes the organization for implementing the activities and lessons learned so far. The paper concludes by highlighting the process of local

ownership and leadership in implementing the activities and also in the process of strengthening joint and integrated actions of the United Nations in Brazil, as foreseen in the process of UN reform.

KEY WORDS

HIV/AIDS, UN, UN reform, Amazonaids, Laços Sociaids.

INTRODUÇÃO

As ações de controle da epidemia do HIV perpassam a agenda das agências do Sistema ONU, constituindo-se em um dos seus temas mais importantes. Tendo em vista que o tema de HIV/aids é transversal a várias áreas de conhecimento e que tem propiciado o desenvolvimento em múltiplas áreas do saber, a gestão das estratégias e das intervenções para o controle da epidemia também gerou mecanismos interinstitucionais e intersetoriais que promovem a redução de novas infecções e produzem efeitos benéficos na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV.

O Grupo Temático Ampliado das Nações Unidas sobre HIV/Aids - GT UNAIDS no Brasil foi constituído em 1997. Desde então desenvolve ações voltadas ao apoio e fortalecimento de uma resposta nacional multisetorial à epidemia que aproxime o Brasil a alcançar as metas de acesso universal à prevenção, tratamento e assistência e ao conjunto de recursos disponíveis para mitigar os efeitos da doença.

Nestes mais de dez anos de trajetória, o GT UNAIDS se consolidou como um mecanismo de coordenação e ação conjunta do Sistema ONU no país. O GT representa hoje no Brasil o maior grupo interagencial de cooperação, contando com a participação

das agências do Sistema, representantes do governo brasileiro, setor privado, agências de cooperação bilateral e sociedade civil organizada. O principal objetivo do GT é o fortalecimento e a coordenação da cooperação das Nações Unidas à resposta nacional ao HIV e à aids.

Ao longo destes anos de atuação no país, o GT UNAIDS no Brasil foi assumindo diversas feições e ampliando suas funções e sinergias. Diferentemente do que ocorre em muitos outros países, onde esta iniciativa somente envolve ao Sistema ONU, o GT no Brasil incorpora também agências bilaterais e membros da sociedade civil, além de um conjunto de diversos atores do governo federal. Conta atualmente com a seguinte composição: Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), Banco Mundial, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Educação, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+), Movimento Nacional das

Cidadãs Posithivas, Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV, Sociedade Civil, Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Cooperação Técnica Alemã (GTZ), Centro para o Controle de Doenças (CDC), Agência de Cooperação Britânica (DFID), Agência Espanhola de Cooperação Internacional, Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), Embaixada da França, Embaixada dos Países Baixos, Embaixada do Canadá, Delegação da Comissão Europeia no Brasil, Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/Aids (CENAIDS), Organização Ibero-americana de Seguridade Social. O grupo é coordenado em forma rotativa por um representante das agências ONU durante o intervalo de dois anos. Atualmente, a presidência do GT UNAIDS corresponde à UNESCO.

Em âmbito global, os países têm assumido um conjunto de plataformas e compromissos que reconhecem a implementação de ações conjuntas entre as agências do Sistema ONU e os governos, cujos acordos tornam mais promissoras as possibilidades de cumprimento dos mesmos, concretizados nos diversos mecanismos de cooperação técnica horizontal. Isto é válido, sobretudo em países como Brasil, que gozam de uma razoável estrutura e capacidade instalada em várias áreas do desenvolvimento e podem também se engajar em ações de cooperação Sul-Sul. Bons exemplos desses instrumentos podem ser a Declaração da UNGASS e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que mobilizam a participação no cenário nacional de esforços diplomáticos de governos e de colaboração das agências, cujos mandatos técnicos e programáticos favorecem entre outros, o intercâmbio de conhecimentos e experiências e o

desenvolvimento de iniciativas que fortaleçam as capacidades nacionais frente os grandes desafios atuais. Particularmente, no caso da área da saúde, e, para além dela, para o controle de agravos como o HIV/aids, estas oportunidades se estendem por toda a geografia do planeta.

Paralelamente, a ONU promove desde o ano de 2007, uma iniciativa piloto, denominada *Delivering as One*, que busca fortalecer as capacidades de coordenação da ONU nos países. Essas atividades também obedecem às propostas de reforma e reestruturação da ONU com vistas a melhorar sua intervenção nos países e desenvolver maior sinergia das equipes de país e das regiões. Atuar como uma só ONU significa potencializar os recursos humanos e o capital intelectual, técnico e gerencial das Agências. Além disso, maior eficácia na utilização de recursos financeiros com o desenho de orçamentos comuns oriundos de diversas fontes. Implica também, uma maior presença e fortalecimento da liderança estratégica do Sistema nos países, tendo uma interlocução coordenada com as autoridades nacionais. No longo prazo, espera-se que estes efeitos reduzam a sobreposição dos esforços das agências nos seus temas líderes de cooperação. Isso leva também a uma melhor programação conjunta e ao elenco eficaz das expertises do Sistema ONU em função das prioridades definidas pelas contrapartes nacionais. O GT UNAIDS está alinhado com esta iniciativa, reunindo na proposta do Plano Integrado, cuja experiência se divulga neste artigo, o conjunto de capacidades das agências envolvidas, a busca de fontes de financiamento de maneira conjunta, a elaboração de um orçamento único e a realização de um processo conjunto de monitoramento e avaliação das diversas

estratégias que compõem o Plano. A sistematização desta experiência articulada e com reais possibilidades de sustentabilidade é oportunamente apresentada neste artigo, não apenas para partilhar o caminho percorrido mas também para refletir sobre os desafios estratégicos da cooperação técnica em HIV/aids que se realiza no Brasil.

OS CONTEXTOS

Como se sabe, no Brasil, a estimativa de pessoas vivendo com HIV é de 630.000, sendo a prevalência da infecção pelo HIV entre a população de 15 a 49 anos de 0,61%. Até junho de 2009, o país acumulou um total de 544.846 casos de aids. A epidemia no Brasil se caracteriza por ser de tipo concentrada e vem registrando crescimento nas taxas de incidência nas regiões sul, norte e nordeste e decréscimo nas regiões sudeste e centro-oeste. Na população em geral, a razão de sexo se encontra estabilizada em 15 casos em homens para cada 10 em mulheres. Observa-se uma inversão da razão de sexo entre jovens de 13 a 19 anos desde 1998, com 10 mulheres infectadas para cada 8 homens. Por outro lado, a população em geral não enfrenta de igual maneira ou condições os riscos da infecção pelo HIV. Dessa forma, devido a um conjunto de circunstâncias complexas e fatores de ordem social, econômica e epidemiológica, as populações mais vulneráveis, dentre as quais profissionais do sexo, gays, bissexuais, populações trans, usuários de drogas e população prisional alcançam taxas mais altas de prevalência que oscilam entre 8% para usuários de drogas, 5% para profissionais do sexo e 13% para homens que fazem sexo com homens, segundo relatam estudos conduzidos no Brasil nessas populações .

Ao final de 2007, acordou-se no âmbito do GT UNAIDS, a partir de prioridades definidas pela autoridade nacional, a elaboração de um plano integrado das Nações Unidas em apoio à resposta Nacional, com o intuito de promover ações que visassem minimizar as inequidades regionais e que fossem organizadas de maneira a mobilizar as capacidades e recursos em âmbito local, induzindo maiores sinergias institucionais e de mobilização da sociedade civil. Nesse contexto, dois estados foram identificados como prioritários para este trabalho: Amazonas e Bahia, os quais apresentam situações bastante diferenciadas com relação à epidemia e suas respostas.

No estado do Amazonas o plano integrado, denominado “Amazonaids”, abrange a região do Alto Solimões, que inclui os municípios de Atalaia do Norte, Benjamin Constant e Tabatinga e conta com o apoio de várias instituições tais como: Secretaria de Planejamento, Fundação Alfredo da Mata, Sociedade Civil, por meio do Fórum de ONG/Aids, Secretarias Municipais, Secretaria de Justiça, com a participação do Departamento de Direitos Humanos e Sistema Prisional e FUNASA.

Os temas prioritários que norteiam a cooperação com o estado do Amazonas incluem: a) prevenção em escolas (com foco em HIV, saúde sexual e reprodutiva, uso indevido de drogas, meio-ambiente); b) prevenção à transmissão vertical do HIV e da sífilis; c) governança e fortalecimento da sociedade civil e pessoas vivendo com HIV. Ações voltadas para a população penitenciária também fazem parte das iniciativas do plano no estado.

Na Bahia já existia uma tradição de

parceria com algumas das agências do Sistema ONU e vários programas tinham sido estabelecidos localmente, incluindo projetos voltados à temática do HIV/aids. Além disso, nos últimos tempos o estado vem apoiando o estabelecimento de uma “Casa das Nações Unidas”, na cidade de Salvador, com a perspectiva de albergar a todas as agências que atuam no estado dentro de uma única sede.

Em maio de 2008, se realizou a primeira missão oficial conjunta do GT UNAIDS ao estado da Bahia, com o objetivo de apresentar a proposta do plano integrado às autoridades locais e construir consensos com respeito às prioridades desta parceria. Em coordenação com o gabinete do Governador do Estado, se definiram as áreas de atuação do plano para Bahia, junto com representantes locais das pastas de Educação, Saúde, Segurança Pública, Justiça, Trabalho, Desenvolvimento e Promoção da Igualdade, entre outros.

Com base em dados epidemiológicos, sócio-econômicos e necessidades programáticas foi decidido que a cobertura geográfica do plano na Bahia, denominado “Laços Sociais”, abrangeria as micro-regiões de Juazeiro e Vitória da Conquista. Ambos os territórios compreendem 28 municípios abrigando, aproximadamente, um milhão de habitantes. Os temas prioritários elencados são: a) prevenção à transmissão vertical do HIV e da sífilis; b) promoção da saúde e prevenção em escolas; c) enfrentamento à feminização da epidemia.

O Estado do Amazonas apresenta baixa densidade demográfica, são 3.321.096 habitantes espalhados por 1.570.745 km² e grande concentração da população em

áreas urbanas (76,5% da população). Esta conformação populacional singular, motivada em grande parte pela inacessibilidade provocada pela floresta amazônica (ocupando 92% do território do estado), acaba por afetar negativamente o acesso à saúde e à renda por parte da população rural.

Estima-se que 46% da população tenham renda familiar per capita de até meio salário mínimo, havendo 0,93 médicos e 0,83 enfermeiros a cada 1000 habitantes. No Amazonas, existe espalhada uma população indígena de 120 mil indivíduos, correspondentes a 66 etnias, que falam 29 línguas. É a maior população indígena do Brasil .

Entre 1986, ano do primeiro caso de aids notificado nesse estado, e junho de 2008, foram diagnosticados 5063 casos de aids. O Estado do Amazonas apresentou em 2007, taxa de incidência de 17,8/100.000 habitantes, a segunda maior da Região Norte onde a incidência foi de 15,2/100.000 habitantes para o mesmo ano. As maiores taxas de incidência de aids no estado ocorreram nos anos de 2005 e 2006, 18,4/100.000 hab. e 18,2/100.000 habitantes respectivamente. À despeito de a epidemia ter chegado mais tardiamente ao estado, a tendência do agravo é ascendente nos últimos anos. Foram notificados um total de 1411 óbitos por aids até 2007, sendo que a taxa de mortalidade por aids para aquele ano foi de 5,8 óbitos por 100.000 habitantes.

Nesse estado, a razão entre os casos masculinos e femininos no início da epidemia era de 15 homens para cada mulher e atualmente é da ordem de 1,8 homens para cada mulher. Em relação à

sífilis congênita, o Amazonas notificou entre os anos de 2002 e 2007, um total de 563 casos, apresentando em 2006, taxa de incidência por 1.000 nascidos vivos, de 2,4 casos. Em relação à gestante HIV positiva, esse estado notificou em 2007, 146 gestantes infectadas pelo HIV. Até 2007, 88 casos de transmissão vertical do HIV tinham sido notificados.

O grupo etário mais afetado, com 40,9% dos novos casos em 2007, inclui o intervalo dos 30-39 anos, que apresenta uma taxa de incidência de 51,7 casos para 100.000 habitantes na mesma faixa etária. A segunda faixa etária mais afetada em 2007 compreendeu os 20-29 anos, com 32,6 % dos casos e com uma taxa de incidência de 29 casos para 100.000 habitantes. A epidemia concentra-se, portanto, em adultos jovens.

A categoria de exposição mais importante foi a heterossexual, respondendo por 23% do total de novos casos em 2007, para ambos os sexos. Do total de casos com escolaridade informada, 81 (55%) tem entre oito e onze

anos de estudos.

A epidemia segue concentrada principalmente em Manaus, mas difunde-se para municípios mais distantes, inclusive ao longo das fronteiras. Em 2007, os cinco municípios com maior incidência por 100.000 habitantes foram (casos/incidência): Manaus (520/30), Parintins (24/20,70), Tabatinga (10/21,7), Tefé (8/10,9), Itacoatiara (8/9,6). Essa propagação implica um grande desafio devido às dimensões gigantescas do território do estado, além da dificuldade de transporte no interior da floresta amazônica, feito principalmente por vias fluviais, o que limita o acesso aos serviços de saúde.

Observa-se assim que o Estado do Amazonas encontra-se em situação de alta vulnerabilidade no que tange ao HIV/aids e outras DST. Segundo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade por aids no estado tem crescido, assim como a taxa de novas infecções pelo HIV. Estudo recente

Tabela 3. Frequências e prevalência de casos positivos de DST nos municípios de Tabatinga, Benjamim Constant e Atalaia do Norte

Agentes	Tabatinga		Benjamim Constant		Atalaia do Norte		Três Municípios	
	f/n	(%)	f/n	(%)	f/n	(%)	f/n	(%)
Sífilis	9/283	(3,2)	6/198	(3,0)	4/95	(4,2)	19/576	(3,3)
Herpes 2 (IgG)	180/291	(61,9)	131/199	(65,8)	52/96	(54,2)	363/58	(61,9)
HIV 1/2	3/291	(1,0)	0/199	(0,0)	1/96	(1,0)	4/586	(0,7)
Hepatite B	19/291	(6,5)	6/64	(9,4)	1/6	(6,2)	26/362	(6,9)
Hepatite C	2/290	(0,7)	1/64	(1,6)	-		3/354	(0,9)
Clamídia	11/301	(3,7)	3/199	(1,5)	5/99	(5,1)	19/599	(3,2)
Gonococos	1/301	(0,3)	2/197	(1,0)	1/99	(1,0)	4/597	(0,7)
HPV Alto Risco	70/301	(23,3)	26/126	(20,6)	13/98	(13,3)	109/525	(20,8)

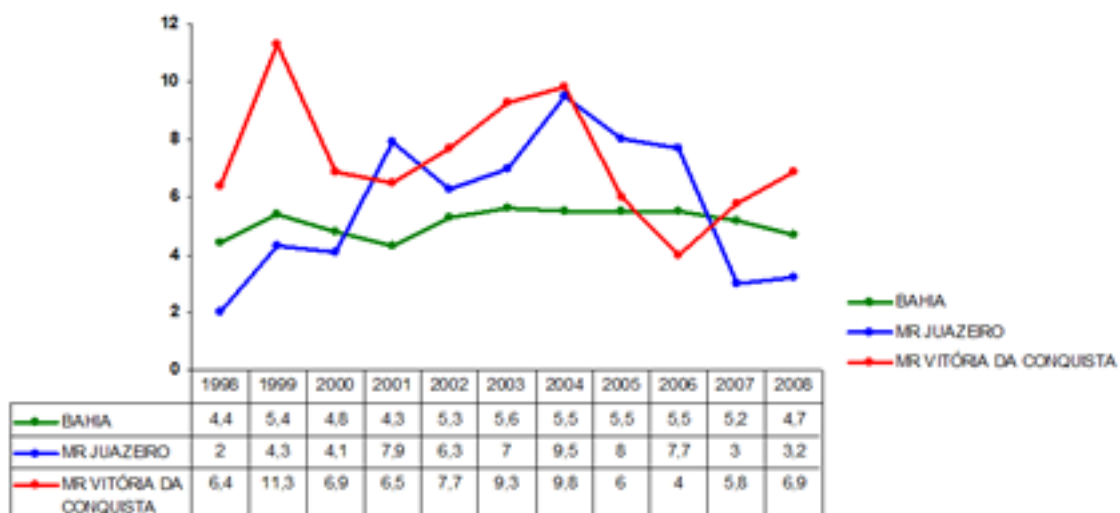
Devido a essas inequidades encontradas no estado, em especial nas zonas fronteiriças da Amazônia, o Plano Integrado do Grupo Temático para o Estado do Amazonas, ou “Amazonaids”, concentrou suas ações nos municípios da tríplice fronteira do Alto Solimões, a saber, Atalaia do Norte, Benjamin Constant e Tabatinga.

O estado da Bahia tem uma população de mais de 14 milhões de habitantes sendo expressivamente de jovens já que 37% têm menos de 20 anos. Somente 50% da população têm acesso ao sistema de esgotamento sanitário, e 54% alcança um PIB per capita de até meio salário mínimo. Quanto à provisão de acesso à saúde pública, estima-se que haja um médico, 0,39 enfermeiros e 1,95 leitos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) para cada mil habitantes. A Bahia é também caracterizada pelo significativo percentual de população negra e parda que, em algumas cidades,

pode chegar a 80%.

O primeiro caso de aids no Estado da Bahia foi notificado em 1984. Desde então, até abril de 2009, foram notificados 10.452 casos em adultos, sendo 6.913 no sexo masculino e 3.539 no sexo feminino. Desde os últimos dez anos (1998-2008), o coeficiente de incidência de aids no estado se mantém estável. Na microrregião de Juazeiro essa tendência mostra crescimento da epidemia e uma média de incidência de 5,7 casos por 100.000 habitantes. Este índice mantém-se elevado em função, principalmente, do número de casos registrados nos municípios de Juazeiro e Remanso. Entretanto, a microrregião de Vitória da Conquista apresenta uma tendência oscilante, mostrando crescimento da epidemia até o ano de 2004.

Série Histórica do Coeficiente de Incidência de Aids em maiores de 13 anos, Bahia e microrregiões de Juazeiro e Vitória da Conquista, 1998 a 2008.



Em relação à proporção de casos em adultos por sexo, observa-se que a razão de sexo homem/mulher na Bahia vem diminuindo nos últimos anos, passando de 9,7 homens para cada mulher em 1988, para 1,4 homens para cada mulher em 2008. Na microrregião de Juazeiro, essa razão atingiu maior valor em 1996 (6 homens para cada mulher) e em 2008 foi de 2,4:1. Na microrregião de Vitória da Conquista, nos anos de 1997, 2002 e 2005, esta razão foi menor do que 1,0, ou seja, o número de casos registrados em mulheres foi maior do que em homens. Isso significa que tanto no estado quanto nessas microrregiões, os casos de aids entre mulheres vêm crescendo, sendo esta tendência semelhante à nacional.

Na Bahia, de setembro de 2000 até julho de 2009, foram notificados 1.376 casos de infecção pelo HIV em gestantes e o coeficiente de detecção de gestantes HIV positivas apresenta-se, na maioria dos anos, inferior a um por mil nascidos vivos. Na microrregião de Juazeiro, para o mesmo período, poucos casos foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (total= 46), e os coeficientes mais elevados foram verificados em 2003 e 2006, 1,5 e 1,7 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. Na microrregião de Vitória da Conquista, para o mesmo período, foram notificados 50 casos e os anos em que houve maior registro de casos foram 2005 e 2006, com 10 casos em cada um deles. Isso reflete limitações do sistema de saúde em diagnosticar e notificar os casos, principalmente na perspectiva de medidas mais consistentes em função da necessidade de controle da transmissão vertical do HIV e de redução do diagnóstico tardio da infecção.

A epidemia de HIV na Bahia é caracterizada pela crescente feminização. De uma razão de 10,7 casos diagnosticados em homens para cada mulher passou a 1,4 casos entre homens para cada mulher diagnosticada positivamente. Em 2006 e 2007, foram notificados 240 e 179 casos de gestantes infectadas pelo HIV, respectivamente. Em Juazeiro e Vitória da Conquista (28 municípios, população estimada em um milhão de habitantes), diagnóstico realizado pelo Plano Integrado revelou que apenas 6,25% dos municípios de Vitória da Conquista e 12,5% dos de Juazeiro possuem ONGs ou grupos de pessoas vivendo com HIV organizados. 18,75% dos municípios de Vitória da Conquista e 50% dos de Juazeiro possuem algum movimento ou grupo organizado de mulheres, revelando a fragilidade institucional da sociedade civil nessas regiões. Além disso, 62% das gestantes da região de Vitória da Conquista e 19% das de Juazeiro foram testadas para o HIV em 2008, demonstrando uma clara oportunidade para fortalecimento das intervenções nessas regiões.

CONSTRUÇÃO DE EXPERIÊNCIAS

O primeiro desafio para um trabalho ao mesmo tempo interagencial, no âmbito da ONU, e intra-setorial, no âmbito das diversas instâncias de governo, implica um processo de articulação entre os atores participantes e de alinhamento às prioridades políticas, epidemiológicas e sociais previstas nos planos de ação dos estados. Esse processo de pactuação de prioridades, articulação de mecanismos de gestão, identificação de recursos e competências, organização programática e logística da cooperação, assim como a seleção dos participantes da iniciativa se sustenta num leque diferenciado de níveis de compromisso político. Soma-se

a isso a convocação de uma rede de atores e da capacidade operacional e financeira para pôr em marcha um projeto audacioso, complexo e, de certo modo, inédito no campo da cooperação internacional em HIV/aids.

Com caminhos diferentes enquanto se trata de estados de natureza bastante diferenciada, a gestação de um grupo de referência para coordenar os trabalhos foi o passo imediato a ser dado. Dessa forma, foram instituídos, com representantes estaduais e municipais, membros da sociedade civil, profissionais da ONU e com setores da academia, as instâncias de direção e coordenação dos projetos. Na Bahia com a identidade de Projeto Laços Socioids e, no Amazonas, com o título de Amazonaids, foi nascendo um grupo coordenador de todo o processo e responsável do planejamento e acompanhamento das ações definidas. Na Bahia o grupo gestor local é liderado pela Secretaria de Saúde. Inclui representação multisetorial do governo local, agências da ONU e sociedade civil. A Pathfinder do Brasil é organização parceira do Laços Socioids, cuja contribuição se orienta no apoio técnico à implementação das ações planejadas e na realização, em colaboração com o Grupo Gestor, de instrumentos diagnósticos de cada município com a finalidade de identificar áreas comuns de interesse estratégico nas duas microrregiões, na elaboração dos respectivos planos de ação e posterior implementação. A Pathfinder é também a instituição responsável por gerenciar recursos financeiros alocados por parceiros das Nações Unidas à iniciativa Laços Socioids.

Já no Estado do Amazonas o grupo gestor do Amazonaids foi constituído por parceiros dos governos estadual, municipais

e federal, sociedade civil, representada pelo Fórum de ONG/AIDS do estado e outros parceiros estratégicos. É responsável por implementar as ações planejadas e é liderado por sua coordenação política, a Secretaria do Estado de Planejamento do Amazonas SEPLAN – e por sua coordenação técnica, a SBDST Regional AM/FUAM, Sociedade Brasileira de DST Regional Amazonas/Fundação Alfredo da Mata.

No âmbito das Nações Unidas, as ações nos dois estados são revisadas e apoiadas por meio do Grupo Técnico das ONU para Aids (Joint UN Team on AIDS), que reúne técnicos responsáveis pelo tema HIV/aids de cada Agência.

LIÇÕES APRENDIDAS

Como mostram os dados apresentados na seção anterior, os estados de Amazonas e Bahia vivenciam os desafios de desenvolver respostas concretas às especificidades das demandas que a epidemia configura nos seus territórios. Com fortes desigualdades sociais como traço característico, apresentam, ao mesmo tempo, grande potencial para o desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde, direitos humanos e, especialmente, em saúde sexual e reprodutiva, igualdade de gênero, controle de doenças sexualmente transmissíveis, HIV/aids e violência contra mulheres. Esses dois estados integram um esforço inovador de mobilização promovido pelo Grupo Temático Ampliado das Nações Unidas em HIV/aids num esforço de integração multisetorial de esferas dos governos federal, estadual e municipal, academia e sociedade civil na mobilização de recursos de diversa natureza de forma conjunta na resposta à epidemia nos dois estados. As lições aprendidas atendem a pelo menos

quatro eixos detalhados a seguir:

Apoio ao fortalecimento da implementação de políticas públicas

Considerando estratégias de promoção da articulação local dos diversos atores envolvidos na construção de uma resposta ao HIV/aids que atenda às especificidades regionais se apontam os seguintes pontos:

No Amazonas, o acesso com qualidade ao diagnóstico, tratamento de DST e HIV e hepatites virais e sífilis em localidades remotas, particularmente, em populações indígenas do Vale do Javari e região do Alto Solimões; rastreamento da população sexualmente ativa indígena nos DSEIs selecionados para sífilis e HIV, e oferta de testes rápidos; estabelecimento de um modelo de custo-efetividade para a introdução do uso do teste rápido de sífilis em áreas remotas do Brasil; incorporação do uso de teste rápido para sífilis na Política Nacional de Saúde Indígena e acesso da população penitenciária às ações de prevenção das DST/HIV e TB, especialmente, a implantação de testes rápidos no centro de diagnóstico em TB como porta de entrada. Além disso, fortalecimento das ações do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE, envolvendo a reestruturação e adequação de funções do grupo gestor local dessa iniciativa nos municípios do Alto Solimões, ao passo em que se revisaram os planos de trabalhos e respectivos cronogramas.

Na Bahia um tema central é o combate à violência contra a mulher, promoção da saúde integral da população negra e mobilização do setor privado.

Apoio às ações de capacitação,

competências e habilidades

No Amazonas, a partir de uma preocupação em relação à vulnerabilidade frente à epidemia das pessoas privadas de liberdade, se realizaram ações de aperfeiçoamento dos profissionais que atuam no sistema prisional em abordagem adequada para DST, HIV/aids. Capacitações regionalizadas sobre prevenção da TB, HIV e Sífilis para equipes de atenção básica e outros profissionais de saúde inseridos no sistema prisional com vistas a melhorar sua qualificação técnica e ações de educação em TB e HIV/aids para ingressos no sistema prisional também foram realizadas. Capacitação e oficinas de planejamento, monitoramento e avaliação para os atores do projeto na região do Alto Solimões, assim como, um curso de governança em rede para os projetos do Amazonas e Bahia que visa repensar a intersectorialidade como ferramenta de apoio à resposta à epidemia da aids. Outro tema prioritário é a qualificação em Direitos Humanos para profissionais de Atalaia do Norte, Benjamin Constant e Tabatinga. Outros temas incluem análise da campanha “não à homofobia”, em formato de cine debate para análise crítica das campanhas LGBT, homossexualidade, uso de drogas, mercado de trabalho, atendimento da população no SUS, homofobia e diversidade sexual na escola, cidadania, cultura e identidade, orientação sexual e identidade de gênero, violência e discriminação e imigração, refúgio e tráfico de pessoas.

Na Bahia foi realizado advocacy e atividades de mobilização com vistas a engajar os governos locais na iniciativa. Também, oficinas com governos locais para análise de resultados do diagnóstico e confecção de um plano operacional para o

Laços Soci aids.

Apóio à governança e fortalecimento dos movimentos sociais incluindo grupos de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

Este tem sido um eixo de ação principalmente vigoroso no Amazonas, onde foram promovidas ações de identificação e capacitação de lideranças da sociedade civil, por meio de um curso com temas que debatem a participação e o controle social, história da aids e das DST, prevenção positiva e adesão ao tratamento, dentre outros. Além disso, oficinas sobre sexo seguro e os planos nacionais dirigidos às mulheres, gays, lésbicas e populações trans. Resultado concreto desse processo foi a criação de uma associação LGBT no município de Tabatinga. Por outro lado, ao ser uma região de tríplice fronteira, convergem fatores que fazem da mesma um lugar com particularidade geográficas, populacionais, de infra-estrutura e outras vulnerabilidades que são desafios para a incorporação de ações integrais e universais em saúde. Na experiência na Bahia, o Laços Soci aids se beneficia de ter a Pathfinder como parceiro técnico e financeiro com grande experiência política e operacional. Sua forte capacidade de gestão e de articulação com as instâncias locais tem sido fundamental para o avanço das ações.

Apoio ao desenvolvimento da gestão do conhecimento, informação e comunicação

Na linha dos processos de gestão do conhecimento, informação e comunicação são várias as iniciativas que norteiam as ações. A primeira delas é a elaboração de um boletim informativo de cada um dos projetos Laços Soci aids e Amazonaids com

vistas a registrar a memória do projeto e a divulgar entre os parceiros o conjunto das atividades desenvolvidas. Também a produção de material de IEC voltado para profissionais de saúde e população carcerária sobre a melhoria das condições de saúde e direitos dos detentos. Em Manaus, particularmente, o projeto possibilitou a continuidade e ampliação do projeto “Comportamento, atitudes e práticas sexuais e prevalência de Sífilis e HIV entre homens que fazem sexo com homens”, que está permitindo produzir informações sobre as características dessa população e suas demandas para os serviços de saúde. Elaborou-se também, um documento de planejamento de ações estratégicas em Atalaia do Norte, Benjamin Constant e Tabatinga, de acordo com demanda levantada pelas comunidades locais, após resultados do estudo “Análise Situacional da Saúde Sexual do Alto Solimões”, realizado pela FUAM e FIOCRUZ com apoio da FAPEAM do Governo do Amazonas.

Foram produzidos 350 álbuns seriados, contendo desenhos feitos pelos próprios tikunas. Os álbuns – intitulados “Como Identificamos as Doenças Sexualmente Transmissíveis?” – “Nhuacu nuu taquagema dawe ngewewa tuna ueu?” traduzidos para a língua tikuna, mostram situações do dia-a-dia das comunidades e serão utilizados para treinamento de equipes de multiplicadores indígenas na região do Alto Solimões. O álbum tem 12 páginas e foi distribuído aos 333 agentes indígenas de saúde das 182 aldeias do Alto do Solimões. No que tange ao ao projeto Laços Soci aids a implementação de pesquisa sobre diagnóstico tardio e acesso ao tratamento na região metropolitana de Salvador constitui uma das atividades mais relevantes.

As regiões prioritárias do Laços Sociais e do Amazonaids foram incluídas no piloto da Campanha de Prevenção “Correios na Luta contra a Aids”, implementada em parceria por UNAIDS, OIT, Correios, Ministério da Saúde e Federação dos Trabalhadores dos Correios, que incluiu a disseminação de mensagens sobre prevenção a todos os domicílios nas microrregiões prioritárias. Além disso, um plano de monitoramento e avaliação e outro de comunicação estão sendo desenvolvidos para o Laços Sociais.

À guisa de comentário final, a experiência de realização do Plano Integrado no Amazonas e na Bahia está contribuindo não apenas para a mobilização coordenada dos esforços de cooperação da ONU às respostas locais à aids nesses estados, mas também para a captação conjunta de novas linhas de financiamento. Ainda, mais importante, a capilarização de um conjunto de recursos com fonte de financiamento nacional e externa que favorecem ações mais articuladas e focadas nas prioridades definidas. O Amazonaids e o Laços Sociais são iniciativas que vêm favorecendo também a multi-setorialidade das respostas locais à epidemia de aids, gerando espaços de interlocução e ação conjunta de atores locais e promovendo a apropriação e sustentabilidade das iniciativas.

Do ponto de vista dos mecanismos de coordenação do Sistema ONU, o Plano Integrado em Apoio à Resposta à Aids é um passo importante no fortalecimento do princípio de uma só ONU e para a criação de vínculos técnicos e de cooperação entre as agências para apoiar as demandas desses estados no campo do HIV/aids.

REFERÊNCIAS

1 Delivering as One Report of the Secretary-General's High-Level Panel United Nations, New York, 9 November 2006.

2 Boletim epidemiológico de ano VI nº 01 27^a a 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2008 01^a a 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2010.

3 Programa Amazonas Indígena, Fundação Estadual de Política Indigenista (Fepi), Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável.

4. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dados processados em agosto/09.