



PUNIDOS PELO SUCESSO?

Os primeiros sinais de retrocesso no compromisso com a assistência e o tratamento de HIV/Aids

Novembro de 2009



CAMPANHA DE

ACESSO

A

MEDICAMENTOS

ESSENCIAIS

Introdução

Na última década, importantes recursos foram mobilizados em nível global para lidar com a crise de HIV/AIDS em larga escala. Médicos Sem Fronteiras (MSF) viram em primeira mão as realizações, assim como algumas das deficiências, dos esforços no processo de garantir assistência e tratamento em mais de 30 países.

A notícia boa é que quatro milhões de pessoas soropositivas estão vivas recebendo terapia antiretroviral (ART, em inglês). O aumento da disponibilidade da ART nos países em desenvolvimento permitiu que indivíduos vivessem mais com mais qualidade de vida, levando à restauração da dignidade e autonomia, e devolvendo a habilidade de contribuir com a vida familiar e social. Em alguns países, a cobertura de ART resultou no declínio da mortalidade geral e em outros impactos à população (ver quadro na página 3).

Mas há também a má notícia. Hoje, equipes de MSF que trabalham no tratamento do HIV/AIDS estão testemunhando sinais preocupantes do declínio do apoio internacional para combater a epidemia. Em países onde há um fardo maior, pacientes estão sendo recusados na porta das clínicas, e mais uma vez profissionais de saúde estão sendo forçados à situação inaceitável de racionamento de tratamentos que salvam vidas. Ao mesmo tempo, tratamentos mais robustos e de maior tolerabilidade - prescritos amplamente em países desenvolvidos - não estão alcançando os pacientes.

O sinal mais impressionante do declínio do comprometimento político para com HIV/AIDS é o grande déficit de financiamento. O Comitê do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária está considerando uma moção para cancelar a rodada de financiamento (Rodada 10) para 2010; se aceita, nenhuma nova proposta será considerada até 2011. Similarmente, o Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio à AIDS (PEPFAR, em inglês) planeja financiar de maneira homogênea (“flat-fund”) seus programas pelos próximos dois anos, renegando promessas feitas no ano passado de expandir seu apoio ao acesso a tratamento.

Por enquanto, uma tendência perigosa está ocorrendo na arena global de políticas de saúde. Ao invés de procurar por maneiras de potencializar e repetir o sucesso da revolução de políticas públicas para AIDS para melhorar a saúde global, existem inúmeros incentivos para o desvio de ajuda financeira de HIV/AIDS para outras prioridades em saúde. Por mais que haja uma necessidade clara de fornecer recursos urgentes e adicionais a uma variedade de prioridades globais em saúde, cortar o financiamento de HIV/AIDS não é a resposta.

Reduzir o financiamento na atual conjuntura não só iria minar o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, mas também poderia levar à interrupção do tratamento de pessoas com HIV/AIDS que já recebem a ART, deixando os outros que ainda necessitam o acesso ao tratamento à morte prematura, morte esta que poderia ser evitada.

HIV/AIDS é a principal causa de morte entre mulheres em idade fértil ao redor do mundo e responsável por mais de 50% das mortes em cinco dos países com a maior prevalência de HIV. Esta doença pode ser fatal e é uma emergência contínua que requer recursos dedicados nos níveis nacionais e internacionais. Um comprometimento reforçado a outras prioridades mundiais de saúde deve acontecer - mas é preciso acontecer em conjunto a um comprometimento contínuo e aumentado o HIV/AIDS.

Fazendo o balanço

O sucesso da ampliação do tratamento

MSF dá assistência para HIV/AIDS e ART a mais de 140,000 pessoas em cerca de 30 países. MSF tratou seus primeiros pacientes com ART em 2000. Naquela época, a epidemia tinha matado 16 milhões de pessoas e 33.6 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV ao redor do mundo, a maioria nos países em desenvolvimento. Por mais que 95% das pessoas não tivesse acesso a ART, as Nações Unidas adotaram Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDGs, em inglês) para a saúde que não tinha sequer uma menção a ART.

Em 2001, o então Secretário Geral da ONU, Kofi Annan, urgiu por um pacote de US\$7 a 10 bilhões para lidar com a crise global de HIV/AIDS. A promessa de tratamento independente da habilidade de pagar foi reiterada em reuniões seguintes do G8 e da Assembleia Geral da ONU. No encontro do G8 em Glenagles, Escócia, em 2005, o então primeiro ministro britânico, Tony Blair, lançou um comprometimento específico para alcançar o “acesso universal” até final de 2010.

Como resultado do aumento da pressão pública e eventual mobilização global de recursos, a assistência, o tratamento e os programas de prevenção para HIV/AIDS expandiram de maneira maciça. Existem hoje quatro milhões de pessoas vivas como resultado do acesso a ART, e milhares de novas infecções puderam ser prevenidas. Mesmo assim, esforços de prevenção ainda estão abaixo do necessário e as carências de tratamento não alcançadas são dramáticas.

Uma emergência contínua

A crise não terminou. Em dez dos países com maior prevalência de HIV, a AIDS é a principal causa de morte: 80% de todas as mortes em Botsuana, e dois terços de todas as mortes em Lesoto, Suazilândia e Zimbábue são causadas por AIDS.¹ Menos de um quarto de mulheres soropositivas gestantes têm acesso à Prevenção da Transmissão de Mãe para Criança (PMTCT, em inglês). Enquanto o HIV entre crianças já foi praticamente erradicado em países desenvolvidos, a AIDS continua sendo a principal causa de mortalidade entre crianças com menos de cinco anos em seis dos países com maior prevalência de HIV, chegando a mais de 40% das mortes desta faixa etária nestes países (veja a tabela).

Independente do sucesso da ampliação do tratamento, hoje, pelo menos 6 milhões de pessoas soropositivas necessitam começar ART, mas não têm acesso a ela.² Ademais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) revisa os padrões de terapia na linha dos consensos científicos e hoje considera-se que pessoas vivendo com HIV/AIDS devem iniciar o tratamento o mais cedo possível, aumentando a necessidade para 18 a 22 milhões. A maioria das pessoas vivendo com HIV/AIDS que precisam de tratamento vão morrer em três anos se elas não conseguirem acesso à terapia.³

Causa de mortalidade infantil e geral em países com maior prevalência de HIV/AIDS⁴

10 países com maior prevalência de HIV/AIDS	Prevalência (15-49 anos)	% de mortes de crianças abaixo dos 5 anos causadas por HIV/AIDS	% de todas as mortes causadas por HIV/AIDS
1. Suazilândia	33.4%	47%	64%
2. Botsuana	24.1%	54%	80%
3. Lesoto	23.2%	56%	63%
4. Zimbábue	20.1%	41%	67%
5. Namíbia	19.6%	53%	51%
6. África do Sul	18.8%	57%	52%
7. Zâmbia	17.0%	16%	43%
8. Moçambique	16.1%	13%	28%
9. Malauí	14.1%	14%	34%
10. República Centro-Africana	10.7%	12%	32%

Impacto na população da cobertura de ART

Existem indicações claras que serviços descentralizados para HIV estendem as vidas de pessoas com HIV e impactam positivamente nos resultados essenciais em saúde, incluindo: mortalidade adulta, mortalidade infantil e incidência de TB. O fornecimento da ART também pode apoiar os esforços de prevenção ao reduzir a incidência de HIV (novas infecções).

Redução substancial de mortes relacionadas à AIDS em território nacional

- Mundialmente, as mortes de AIDS começaram a diminuir.⁵
- Em Botsuana, mortes relacionadas à AIDS entre a população adulta foram cortadas pela metade entre 2003 e 2008.⁶
- Em Addis-Ababa, Etiópia, a mortalidade relacionada à AIDS diminuiu mais que a metade.⁷
- Mortes relacionadas à AIDS caíram uma média de 6,3% por ano em 12 países apoiados pelo PEPFAR em um período de 3 anos.⁸

Redução na mortalidade adulta da população geral

- Estudos no Brasil⁹, Botsuana¹⁰, Etiópia¹¹, Malauí¹² e Uganda¹³ atribuíram reduções na mortalidade da população à disponibilidade da ART.
- Em Khayelitsha, na África do Sul, índices de mortalidade feminina e masculina aumentaram devido ao HIV entre 1996 e 2002 de 5.3 e 12.1 a cada 1000 por ano, respectivamente, para 8.8 e 13.5. No entanto, após a introdução da ART em 2001, estes índices gradualmente diminuíram para 7.2 e 10.4 em 2004.¹⁴
- Uma pesquisa das causas de mortalidade no distrito Thyolo, na região rural do Malauí, conduzida em 2008, mostrou uma tendência à redução de mortalidade associada aos cuidados em HIV/AIDS e à iniciação de ART entre 2000 e 2007 (os dados estão sob análise).

Redução na mortalidade infantil e de crianças com menos de cinco anos

- Na província de Cabo Oeste, na África do Sul, uma redução de 54% na mortalidade de crianças com menos de 2 anos ocorreu após a introdução de serviços em HIV/AIDS.¹⁵
- Em Khayelitsha, na África do Sul, MSF observou uma queda na mortalidade neonatal de 43/1000 nascimentos em 2001 para 30/1000 nascimentos em 2007 após a introdução de PMTCT em 1999.¹⁶
- Botsuana registrou um declínio na mortalidade infantil em correspondência com a implementação do programa nacional de HIV/AIDS.¹⁷
- Em Uganda, uma redução de 93% em órfãos causados pela AIDS, dada a disponibilidade de ART para os adultos, foi relacionada com uma redução de 81% de mortalidade infantil não relacionada ao HIV.¹⁸

Redução na prevalência e incidência de HIV

- Reduzir a carga viral geral entre populações vai resultar na redução de transmissões, levando a menos infecções pelo HIV.^{19,20}
- Existe uma crescente evidência de que a cobertura da ART tem uma relação causal com a redução dos índices de HIV, e isto foi documentado no Malauí, Tanzânia, e Zâmbia.²¹
- Na província Cabo Oeste, na África do Sul, uma tendência é clara entre crianças e pessoas jovens onde a prevalência de HIV caiu de 11,2% em 2002 para 3% em 2008. Para crianças entre 2 e 14 anos, a prevalência de HIV caiu de 7,1% para 1,1% de 2002 a 2008.²²

Redução de novos casos de TB

- Em Thyolo, no Malauí, MSF observou uma redução de casos pulmonares de TB em 2007, quando começou o acesso universal ao tratamento, até 2008.²³
- Em Khayelitsha, na África do Sul, MSF relatou que, apesar de os casos de TB terem aumentado entre 2000 e 2005, desde 2006 houve uma tendência à redução.
- No município de Gugulethu, África do Sul, um estudo mostrou uma redução nos casos de TB entre indivíduos soropositivos e uma queda de 20% nos novos casos de TB na população à medida que a cobertura de ART aumentou.²⁴

O impacto da ART em outras prioridades em saúde

- A garantia da assistência ao HIV levou a registros de aumento de cuidados pré-natais, presença em clínicas e hospitais para os partos, vacinação, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e diagnóstico de TB.^{25,26}
- Programas de HIV/AIDS tiveram um impacto positivo em termos de recursos humanos para a saúde, melhoras no monitoramento de laboratórios e na gestão e capacidades farmacêuticas, e gestão mais efetiva de informações em saúde e sistemas de aquisição.^{27,28,29}
- Em locais de menor prevalência, dedicar financiamento em HIV/AIDS para grupos marginalizados pode ter um impacto societal, já que limita a transmissão e previne uma epidemia mais generalizada.³⁰

Foco na África do Sul

A África do Sul tem 17% das infecções de HIV globais.³¹ Existem mais pessoas vivendo com HIV na África do Sul do que em qualquer outro lugar do mundo - 5,5 milhões de pessoas - e mais pessoas recebendo o ART no mundo - 700,000.³² No entanto, outras 1,5 milhões de pessoas³³ ainda precisam de ART e não têm acesso.

HIV e TB são as principais causas de morte entre mulheres grávidas, crianças e adultos. A maior parcela de mortes maternas (43,7%) é causada pelo HIV/AIDS³⁴; os índices de morte para mulheres soropositivas é dez vezes maior que entre mulheres não infectadas.³⁵ HIV é a principal causa de morte infantil e entre crianças com menos de 5 anos, responsável por 57% das mortes. Oitenta por cento das mortes de crianças entre um mês e um ano de vida são entre crianças soropositivas.³⁶ Metade dos novos diagnósticos de TB são casos de co-infecção HIV/TB.³⁷

A expectativa de vida na África do Sul seria a mesma que em outros países com o mesmo nível de desenvolvimento econômico, se não fosse pela mortalidade gerada pelo HIV.³⁸ Hoje, a expectativa média de vida na África do Sul caiu para 54 anos de vida, o que é mais próximo a países em níveis mais baixos de Índice de Desenvolvimento Humano do que em países com rendas similares, como o Brasil (73 anos) ou a Argentina (75 anos).³⁹

MSF começou um programa de ART em 2000 em Khayelitsha, um município em Cabo Oeste com aproximadamente 500,000 habitantes. Khayelitsha tem uma das maiores prevalências pré-natais na África do Sul de 30,2%.⁴⁰ Desde setembro de 2009, o programa, em colaboração com os departamentos de saúde de Cabo Oeste e Cidade do Cabo, 13,000 estavam recebendo a ART.⁴¹ O programa tem resultados de longo prazo promissores, já que 87% das pessoas permaneceram sob tratamento por um ano e 65% durante 5 anos.⁴²

O programa de MSF em Khayelitsha é um dos poucos que atingiu de fato o “acesso universal” (definido como mais de 80% das pessoas recebendo o tratamento que elas precisam).⁴³ Por mais que os resultados do tratamento antiretroviral (ARV) para indivíduos e comunidades sejam impressionantes, esta resposta é frágil e, para manter bons resultados, existe uma necessidade urgente de aumentar a gestão, o comprometimento político e o financiamento contínuo.

No resto da África do Sul existem sinais preocupantes de um processo contrário ao progresso. Em novembro de 2008, a província de Free State teve seus estoques de ARV vazios durante meses, afetando muitas instalações públicas de saúde. Isto causou uma interrupção no tratamento dos que já tinham começado a tomar os medicamentos e levou a um atraso de quatro meses para aqueles que iriam começar a ART. A moratória causou cerca de 3,000 mortes e resultou na interrupção de tratamentos, que pode ter aumentado as chances de desenvolvimento de resistência aos medicamentos.⁴⁴ Entre as causas estava o fato de o orçamento de 2008 ser menor do que as necessidades dos pacientes.

Quase um ano depois, a Campanha de Ação e Tratamento da África do Sul (TAC, em inglês, *Treatment Action Campaign*) avisou que outra moratória é possível em Free State, dado que o Departamento Provincial de Saúde necessitava US\$30 milhões em seu orçamento de saúde e já tinha gasto mais de 70% de seu orçamento anual para HIV, mesmo estando na metade do ano.⁴⁵

Em nível nacional, ampliação do acesso ao tratamento tem diminuído seu ritmo por causa de carências no orçamento na ordem de mais de US\$100 milhões, levando o Ministro de Saúde a anunciar em setembro de 2009 que o país não vai conseguir atingir o objetivo de garantir o acesso universal até 2011 se mais recursos não forem mobilizados.⁴⁶ Em outubro, o Tesouro Público forneceu fundos de emergência para os próximos cinco meses, confirmando a seriedade do fardo que alguns países estão levando em relação à garantia do acesso ao tratamento e à escassez de financiamento.

A África do Sul, que é capaz de gastar mais com saúde do que a maioria dos países africanos, ainda vai precisar de fundos adicionais para realizar o plano de fornecer ART por toda a vida às pessoas necessitadas e, como evidenciado em novas pesquisas, à ampliação do tratamento até que o acesso universal possa fazer a diferença de salvar pelo menos um milhão de vidas.^{47,48}

Enquanto o financiamento internacional não cresce, as necessidades aumentam

A UNAIDS estimou que o total de recursos necessários para uma resposta global à AIDS em 2008 era de US\$22,1 bilhões. A lacuna de recursos em 2008 foi relatado como sendo de US\$6,5 bilhões. Mas independente da lacuna entre necessidades e recursos, a tendência geral até recentemente foi positiva - aumento de recursos ao longo do tempo com aumentos correspondentes no acesso à prevenção, tratamento e assistência.

O Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária e o programa de HIV/AIDS do governo americano, PEPFAR, são os dois dos mais significantes apoiadores de programas de AIDS em países em desenvolvimento. Enquanto existe o reconhecimento de que há espaço para melhoras em programas financiados ou geridos por ambos,^{49,50} seu impacto positivo é inegável.

Doadores com maiores contribuições à resposta global à AIDS foram os Estados Unidos, Reino Unido, Holanda, França, Alemanha, Noruega e Suécia.

Mas tanto comprometimento político quanto o financiamento estão definhando. Isto pode ter implicações catastróficas sobre as pessoas que dependem desta assistência para ter acesso à prevenção, tratamento e cuidados em AIDS.

O Fundo Global: ambições de acesso universal em perigo

Desde sua criação em 2001, o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária disponibilizou US\$15 bilhões em financiamentos de projetos para mais de 140 países e salvou cerca de 3,5 milhões de pessoas. Hoje, o Fundo Global, que depende de contribuições de países doadores para a maioria de sua renda, é responsável por quase um quarto (23%) das doações de assistência internacional.⁵¹

Mas o Fundo Global não tem sido capaz de conseguir comprometimento de seus doadores para preencher a lacuna de financiamento que afeta diretamente a capacidade dos países em aumentar ou sustentar tratamentos para HIV/AIDS. Para lidar com o baixo nível de financiamento, o Fundo Global implementou medidas duras, como a imposição de um corte de 10% nos recursos que financiam projetos já aprovados e atrasou em seis meses a data final para entrega de propostas de 2009.

Em países como o Malauí, um país pouco desenvolvido onde a HIV/AIDS é a principal causa de doença e morte, o corte de 10% foi justamente dos fundos que iriam para a compra de ARVs. Alguns países relataram que foram instruídos a cortar seus pedidos ao Fundo Global dada a limitação de recursos. Outros estão antecipando condições mais rigorosas diminuindo suas ambições e propostas, principalmente no que diz respeito aos ARVs.

Esta pressão, criada pela escassez de financiamento, é a reversão do progresso: até agora o Fundo Global ativamente encorajou propostas ambiciosas de países para o aumento do acesso a este tratamento que salva vidas. Em 2008, os financiamentos de projetos aprovados na Rodada 8 para HIV, TB, e malária foram 2,5 vezes maiores que qualquer outra rodada de financiamento. Este ano, a quantidade total de financiamentos de projetos para HIV da Rodada 9 foi de 35% menor que na Rodada anterior.

Em março de 2009, o Fundo Global anunciou que estava enfrentando uma alarmante lacuna de financiamento de US\$4 bilhões, com base nas necessidades do orçamento para 2010.⁵² Em resposta, uma nova série de medidas de redução foi proposta, incluindo a suspensão e a possível eliminação do *Rolling Continuation Channel*, um mecanismo para estender o financiamento de projetos com bom desempenho. Mais recentemente, a Secretaria propôs não ter uma rodada de financiamento em 2010. A Diretoria decidirá estas medidas em novembro de 2009. Suprimir a rodada de financiamento de 2010 seria uma ação sem precedentes na história do Fundo Global e teria importantes conseqüências para pacientes e programas.

Mais do que o tratamento de HIV/AIDS está em jogo. O progresso do diagnóstico e tratamento para TB e malária também dependem do Fundo Global. Por exemplo, o aumento no diagnóstico e tratamento de TB multi-resistente e extremamente resistente a medicamentos⁵³ vai depender muito em um maior financiamento do Fundo Global.

Respostas nacionais a HIV/AIDS, TB e malária dependem de um financiamento pleno do Fundo Global. De acordo com o diretor executivo do Fundo Global, Michel Kazatchkine: “Pela primeira vez, a demanda por financiamento em 2009 excedeu os fundos que temos disponíveis.”⁵⁴ A demanda deve aumentar, dada a diminuição na capacidade doméstica de financiamento após a crise econômica, e a redução de financiamento para o tratamento de HIV/AIDS por outros doadores e outros atores globais de saúde.

Foco no Malauí

O Malauí é densamente habitado, um país em sua maioria rural com uma população de 13 milhões de pessoas. O Malauí tem um PIB *per capita* de US\$800 e fica na 160ª posição dos 182 países incluídos no Índice de Desenvolvimento Humano. O governo estima que entre 800,000 e um milhão de malauenses são soropositivos para o HIV, incluindo pelo menos 100,000 crianças com menos de 15 anos de idade.⁵⁵ A prevalência nacional de HIV é de 13%.⁵⁶

Independente das barreiras, o Malauí buscou alcançar o desafio da comunidade internacional de aumentar o acesso à ART. De acordo com as estatísticas do governo, existiam mais de 164,000 pessoas que fazem uso da ART no final de junho de 2008, com 18,000 tendo iniciado o tratamento entre abril e junho de 2009.⁵⁷ Desde o aumento do acesso à ART, o país observou uma redução significativa nas mortes relacionadas à HIV/AIDS entre 2003 e 2008.⁵⁸

A vasta maioria da ajuda financeira ao programa de ART do Malauí e a resposta do país a HIV/AIDS vem do Fundo Global. Começando com sua primeira rodada de financiamento em 2002, o Fundo Global já desembolsou US\$465 milhões para o país.⁵⁹

MSF trabalha com o Ministério de Saúde em dois distritos do Malauí, Chiradzulu e Thyolo, para fornecer serviços para HIV/AIDS como parte da atenção primária

em 26 centros de saúde e 3 hospitais. Desde 2003, mais de 38,000 deram início à ART. Em Thyolo, o acesso universal (80% dos necessitados) foi alcançado e tem sido mantido, a um custo de US\$3,20 por habitante.⁶⁰

O plano de três anos de HIV/AIDS do Malauí determina uma estratégia ambiciosa para alcançar o acesso universal à prevenção, assistência e tratamento até 2013.⁶¹

O custo do plano trienal é de US\$800 milhões. Baseado em todos os comprometimentos de financiamento até agora, uma deficiência de pouco menos de 50% (US\$423 milhões) é antecipada.⁶² O Fundo Global fornece a melhor oportunidade de preencher esta lacuna de financiamento e para o país poder fornecer o tratamento que salvará vidas de todos os malauíenses que necessitam. No entanto, com o Fundo Global em crise, o aumento ao acesso universal no Malauí está em risco.

“Como você pode voltar a racionar o acesso à assistência?”

O aumento de terapia antiretroviral (ART em inglês) nos anos recentes, apoiados por comprometimentos sólidos, tem dado a milhões de pessoas em países em desenvolvimento uma nova chance de viver. Pessoas vivendo na pobreza e morando em áreas rurais sub-desenvolvidas têm uma razão para redescobrir a felicidade e viver vidas mais significativas e completas.

Olesi Ellemani Pasulani, um profissional de saúde de MSF no Hospital Distrital de Thyolo, compartilha sua experiência e observações dos últimos cinco anos.

“Eu lembro como era a situação antes de termos a ART em 2003. Nós podíamos apenas oferecer às pessoas testes voluntários de HIV e aconselhamento. Nós podíamos apenas promover o uso de camisinhas e distribuí-las, nós podíamos apenas tratar outras doenças sexualmente transmissíveis. Nós tínhamos muitos pacientes em casa que estavam sob tratamentos paliativos, dadas suas condições terminais. Existiam poucas pessoas que vinham ser testadas para HIV, porque não existia muito a ser feito sem a ART. Era como uma sentença de morte ser soropositivo,” disse Olesi.

Profissionais de saúde ficavam desmotivados porque eles só podiam dar assistência nas casas, simplesmente sendo capazes de oferecer tratamento às enfermidades crônicas e fornecendo assistência aos pacientes terminais. Olesi explica, “Você podia cuidar deles e esperar até o dia de sua morte. Era muito difícil, porque você conseguia ver as pessoas ficando devastadas ao descobrirem que tinham HIV. Isso foi muito difícil para profissionais de saúde e nos deixava completamente desmotivados.”

Graças a um modelo de assistência desenvolvido por MSF e o Ministério de Saúde, o aumento de acesso à ART no distrito de Thyolo, em 2003, deu uma virada em milhares de vidas e comunidades inteiras ao fornecer acesso universal ao tratamento por todo o distrito. Ao final de 2008, o número de pessoas submetidas à ART tinha aumentando ainda mais e agora em 2009 o acesso universal é mantido.

“Agora, pessoas vivendo com HIV/AIDS têm coragem, existe uma luz no fim do túnel para elas. Existe esperança entre as pessoas das vilas. Você pode ver a diferença que você, como profissional de saúde, pode fazer na vida de alguém graças à ART. Nós víamos um paciente que estava de cama antes, e ele depois iniciava a ART. Quando você encontra com ele de novo seis ou sete meses depois no mercado ou na rua, ele está completamente mudado. Eles têm felicidade.”

A ameaça da retração em financiamentos para HIV/AIDS e o impacto que isto teria na vida dos pacientes espalhados pelas áreas mais afetadas da África Subsaariana é algo que preocupa Olesi e seus companheiros de trabalho.

“É muito importante continuar a ART e aumentá-la ainda mais. Como você pode voltar a racionar o acesso à assistência? É um direito à vida. Se o tratamento for ameaçado, isto quer dizer ter que voltar a uma situação pior do que a anterior à ART. Também haverá danos no relacionamento de confiança que as comunidades construíram com os profissionais de saúde ao longo dos anos,” ele diz.

PEPFAR: Financiamento sem crescimento e racionamento do tratamento

O Programa de HIV/AIDS do governo americano, PEPFAR, tem tido um efeito considerável no aumento da assistência e tratamento para AIDS em locais de recursos limitados, desde sua criação em 2003.⁶³ PEPFAR tem apoiado programas de HIV/AIDS e outras áreas de saúde em 31 países.⁶⁴ O PEPFAR agora apóia mais de dois milhões de pessoas recebendo tratamento com um comprometimento em aumentar o tratamento para pelo menos mais três milhões até 2013, com alguns até defendendo um comprometimento mais agressivo dos EUA para aumentar o tratamento para 6 milhões até 2013 e para 7 milhões até 2014, dada a imensa necessidade.⁶⁵ O PEPFAR também relata ter fornecido mais de dois bilhões de camisinhas e apoiado a prevenção da transmissão vertical (PMTCT) para 16 milhões de gestantes entre 2004 e 2008.⁶⁶

A volta da autorização do PEPFAR em 2008 incluiu um forte comprometimento para um acesso contínuo ao tratamento - requerendo que a maioria dos fundos bilaterais para a África fossem gastos em programas de tratamento⁶⁷- e muitos países africanos construíram seus programas de ART baseados na promessa do apoio contínuo do PEPFAR.

Em maio de 2009, o presidente americano Obama anunciou a Iniciativa de Saúde Global (GHI em inglês) como uma “estratégia de saúde global nova e abrangente”⁶⁸ de seis anos e US\$63 bilhões. No entanto, não fica claro se este dinheiro é dinheiro ‘novo’: ele inclui o PEPFAR assim como outros programas pré-existentes do governo. No anúncio da GHI, o presidente Obama afirmou seu comprometimento com o PEPFAR, mas validou um orçamento que não financiava completamente os gastos internacionais com AIDS.

Após o aumento constante nos últimos cinco anos, o financiamento bilateral para HIV/AIDS do governo americano não cresceu em 2009.⁶⁹ A proporção do orçamento do PEPFAR dedicada ao tratamento chegou a diminuir.⁷⁰

Em uma carta inicial aos Embaixadores, o novo coordenador do departamento global para AIDS dos EUA, Eric Goosby, enfatizou a transição da reposta do governo americano à AIDS de uma de “emergência” para uma de “sustentabilidade”.⁷¹ O Coordenador Global para AIDS destacou o “ambiente de orçamentos limitados” e advertiu que não se pode mais esperar o crescimento do financiamento do PEPFAR como observado antes.⁷² Em termos explícitos, ele enfatizou a sustentabilidade no lugar do aumento de tratamento em um contexto onde a maioria dos que necessitam tratamento ainda não tem acesso.⁷³ Continuando, só um punhado de países será capaz de aumentar o acesso ao tratamento em um ritmo parecido ao que era apoiado pelo PEPFAR no passado.

A ansiedade que rodeia o financiamento do PEPFAR para continuar o aumento ao acesso está tomando formas diferentes nos países. Na África do Sul, algumas agências implementadoras pararam de inscrever novos pacientes para ART. Na República Democrática do Congo (DRC em inglês), o PEPFAR pediu ao Fundo Global para assumir os gastos com medicamentos para infecções oportunistas e necessidades de laboratório, por mais que isso não tivesse sido contemplado no orçamento dos projetos.

Foco em Uganda

A Uganda serve de exemplo sobre o que vai acontecer com outros países se a tendência atual continuar e o compromisso internacional com o acesso ao tratamento for enfraquecido.

Uganda, um país pobre sem acesso ao mar na África Oriental, com um PIB *per capita* de US\$1,059 por ano, está na 157^o posição do ranking de Índice de Desenvolvimento Humano (que inclui 182 países).

Em 2002, MSF começou a garantir assistência e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Arua e na região ao oeste do Nilo, na região rural no noroeste do país, ao lado da fronteira do Sudão e da República Democrática do Congo. Em 2009, MSF inscreve mais de 160 pacientes soropositivos ao mês para receber assistência. Na região oeste do Nilo, MSF fornece cuidados para mais de 7,700 pacientes, dos quais 5,000 estão recebendo ART. MSF também fornece apoio nutricional, serviços de prevenção vertical, assistência pediátrica, e tratamento para co-infecção TB/HIV em dois centros de saúde descentralizados.

Uganda era a ‘queridinha’ do PEPFAR desde sua criação. Como um dos primeiros “Países de Foco”, Uganda recebeu US\$929 milhões entre 2003 e 2008, em níveis que aumentavam constantemente para possibilitar a ampliação do acesso ao tratamento.

Agora, no entanto, a situação é diferente. Também estão assim as opções para os pacientes. Menos da metade dos que poderiam receber ART em Uganda estão recebendo o tratamento.⁷⁴ As orientações revisadas para tratamento do governo ugandense tentam alinhar assistência clínica para pacientes soropositivos com as recomendações da OMS. Mas sua implementação, incluindo um aumento nos critérios de elegibilidade e a transição para um esquema de primeira linha melhor, está em perigo por causa da crise de financiamento.⁷⁵

O PEPFAR é o principal apoio para ampliação do tratamento em Uganda, mas este apoio está sob ameaça. O governo americano está prevendo um corte de financiamento para Uganda até 2011.⁷⁶

A principal mensagem do governo americano para aqueles que fornecem tratamento e ao governo de Uganda em relação às recentes mudanças de políticas foi clara: o financiamento vai ser continuando no nível atual, mas não será aumentado. No entanto, alguns implementadores foram informados de que deveriam parar imediatamente o início de novos tratamentos, outros de que deveriam ter cautela na inscrição de novos pacientes, e outros de que deveriam iniciar tratamentos só se houvesse o encontro de ‘eficiências’ ou ‘atrito’ - a morte ou perda de parentes que já recebiam tratamento.

Algumas pessoas que trabalham em serviços de saúde para AIDS relataram que, por causa das limitações financeiras, eles foram forçados a diminuir os serviços, racionar a assistência, ou parar de inscrever novos pacientes no tratamento.⁷⁷

Em Uganda, a falta de medicamentos ARV em locais de tratamento têm elevado a ansiedade e gerado muito debate público. A inconfundível mensagem apresentada em público e no privado é de que a transição para um programa do PEPFAR “sustentável” requer um “racionamento” doloroso dos serviços. Algumas pessoas elegíveis para o tratamento não tiveram acesso a ele.

Governos nacionais: investimentos insuficientes na resposta nacional à AIDS

Dada a crise financeira global, orçamentos públicos estão apertados. Alguns governos já cortaram seus orçamentos para HIV/AIDS.⁷⁸ Governos nacionais tiveram que diminuir objetivos de cobertura de ARVs na Suazilândia, Botsuana e Tanzânia.^{79,80} Indivíduos também estão com uma habilidade mais constrangida para pagar por cuidados médicos, incluindo transporte, taxas, custos de laboratório, medicamentos e hospitalização. Alguns governos estão explorando novas estratégias de “recuperação de gastos” e “compartilhamento de gastos”, por mais que estas estratégias já tenham sido identificadas como redutoras dramáticas do acesso à assistência e acabam piorando índices de sobrevivência.⁸¹

Estes cortes vêm em meio a um pano de fundo de insuficientes contribuições domésticas para saúde. Mais da metade dos países africanos gastaram menos em saúde do que o mínimo recomendado pela OMS (US\$34 per capita).⁸² Somente oito países africanos atingiram suas metas do compromisso de 2001 de direcionar 15% de seus orçamentos nacionais à saúde.⁸³ Mesmo assim, poucos governos africanos conseguiram mobilizar recursos suficientes para cobrir os custos de assistência e tratamento para HIV/AIDS; a ajuda internacional ainda seria necessária.

Outros atores globais da saúde

As contribuições de outros atores globais da saúde são geralmente menos impactantes que as do Fundo Global e do PEPFAR, mas podem ter um importante papel no apoio à garantia da ART durante a vida dos pacientes.

Os países membros da Comissão Européia (EC) e a União Européia fornecem cerca da metade das contribuições ao Fundo Global. Muitos dos maiores doadores (Grã-Bretanha, Holanda, Irlanda, Alemanha e Suécia) também fornecem até metade dos fundos alocados através de programas bilaterais. Desde a chegada da crise financeira mundial, muitos países cortaram sua ajuda ao desenvolvimento e financiamento à saúde, incluindo as alocações ao Fundo Global e programas bilaterais. Recentemente, por exemplo, a Holanda cortou cerca de US\$150 milhões em ajuda, mais de US\$70 milhões destinados à HIV/AIDS.

O governo britânico liderou o apoio do G8 ao acesso universal em 2003, mas diminuiu seus recursos para HIV/AIDS, transferindo seu apoio para saúde infantil e maternal. O Departamento britânico de Desenvolvimento Internacional (DfID em inglês) redefiniu seu papel de apoiar o aumento de tratamento para fortalecer sistemas de saúde, uma definição ampla e um objetivo imensurável.

O Programa de Múltiplos Países para HIV/AIDS do Banco Mundial (MAP em inglês) distribuiu US\$1,5 bilhão a mais de 30 países desde sua criação em 2000. Em 2007, o MAP forneceu apoio a 3,012 locais para fornecer ART em 26 países, para mais de 26,000 pessoas diretamente e mais de 500,000 pessoas indiretamente.⁸⁴ Por mais que o Banco tivesse se comprometido com MAP por 15 anos, ele mudou de um “financiador principal para um facilitador e contribuinte de conhecimento.”⁸⁵ O programa do MAP foi terminado em Uganda (2005), Guiné (2008) e Lesoto (2008) e se planeja o fim do mesmo em 2009 em Moçambique, no início de 2011 na DRC, e ao final de 2011 no Quênia.

O UNITAID é um mecanismo de financiamento internacional que gera fundos principalmente por uma taxa de companhias aéreas. Como agência de financiamento, ele adota um papel diferente porque seu objetivo é catalisar a criação de um “mercado saudável” para estabelecer preços mais baixos e possibilitar outros atores globais de saúde e governos nacionais a arcarem com os custos. O UNITAID tem sido instrumental em cobrir custos de commodities relacionadas à AIDS em crianças em 30 países e tratamentos mais caros de segunda linha em 25 países.⁸⁶ Esse apoio terá como finalidade as formulações pediátricas em 2011 e os tratamentos de segunda linha em 2010. A UNITAID deve rever suas estratégias planejadas de repasse, já que parar de apoiar *commodities* essenciais para tratamentos pediátricos e de segunda linha seria prematuro - especialmente quando muitos países não terão para quem pedir ajuda com estes itens de alto custo.

Conclusão: lidando com a crise de financiamento

A saúde global continua recebendo pouco financiamento. MSF já urgiu repetidamente o aumento do apoio global para muitas necessidades urgentes em saúde, como a má nutrição infantil e materna, vacinas, tuberculose e doenças tropicais negligenciadas. No entanto, estes esforços não deveriam vir no lugar de programas e financiamento de HIV/AIDS: isto irá minar oportunidades de sinergias entre a HIV/AIDS para outras necessidades de saúde, geralmente interligadas.

O financiamento para o tratamento de HIV/AIDS não está acompanhando suas necessidades e aparenta estar encolhendo. Deficiências de financiamento vêm como castigo ao sucesso inicial da última década no aumento da ART e ameaça gerar um impacto devastador nas pessoas vivendo com HIV/AIDS, assim como nos esforços para prevenir novas infecções. Com os atores globais de saúde deixando de fornecer apoio direto ao tratamento de AIDS, aumenta a demanda feita ao Fundo Global, que por sua vez sofre com a falta de financiamento.

Para expandir e garantir a sustentabilidade da assistência e tratamento para HIV/AIDS em nível mundial, MSF recomenda:

Financiamento contínuo e aumentado para HIV/AIDS da comunidade doadora internacional e governos nacionais - e um comprometimento contínuo ao acesso universal de assistência e tratamento para AIDS.

- **Fundo Global:** a Diretoria e o Secretariado do Fundo Global deveriam articular claramente suas necessidades de financiamento, ao invés de ofuscar sua crise de financiamento com a redução da demanda. Não é tarde demais para prevenir uma espiral de redução de expectativas e encolhimento de programas. O Fundo Global deveria garantir uma rodada de financiamento para 2010 e evitar mudanças administrativas que escondam as deficiências no financiamento. Finalmente, são os governos doadores que têm o poder de mudar a realidade atual. Ademais, o Fundo Global, com pouco financiamento, não pode fornecer uma estratégia de saída para os outros atores.
- **PEPFAR:** este programa americano tem sido central para encorajar o aumento significativo de tratamento para HIV/AIDS. Assim, o governo americano tem a responsabilidade de ajudar países a evitar a interrupção dos tratamentos e continuar a inscrever novos pacientes. Isto significa honrar compromettimentos feitos repetidamente pelos EUA e outros países do G8 em apoiar o acesso universal. Aqueles que atuam no terreno também estão cientes de os países não podem alcançá-lo sozinhos, e que a conversa de auto-suficiência é prematura em muitos dos contextos.
- **Governos nacionais:** estes não devem abandonar ou adiar seu comprometimento com o acesso universal ao tratamento para HIV/AIDS. Além de financiamento apropriado para orçamentos nacionais de saúde, é preciso lidar com o mal-uso de fundos se os governos esperam continuar recebendo financiamento.
- **A Comunidade Internacional:** além de cumprir os compromissos de financiamento para saúde, governos nacionais e doadores devem apoiar mecanismos que permitam angariar fundos suficientes para a saúde mundial em uma base sustentável. Taxas pequenas em fluxos econômicos inexplorados, como transações cambiais, estão atualmente sendo discutidas internacionalmente.⁸⁷ Estratégias inovadoras como esta são necessárias como recursos adicionais de renda para ajudar na resposta ao aumento da discrepância entre problemas globais e recursos nacionais.

Tratamento melhorado de acordo com evidência científica e padrões de assistência reconhecidos internacionalmente

Não investir hoje em tratamentos melhores e protocolos custa vidas, aumenta o duplo padrão dos cuidados para HIV e depois leva ao aumento de custos. Existe um risco claro que doadores não vão apoiar ou tentar atrasar a implementação de estratégias médicas provadas e recomendadas para poder poupar custos no curto prazo. Portanto, MSF recomenda:

- Apoiar a iniciação da ART o mais cedo possível (com uma contagem de células CD4 a 340), o que pode reduzir a incidência de TB e outras infecções oportunistas mortais e melhorar índices de sobrevivência, reduzindo a necessidade de assistência aguda cara e complexa.⁸⁸
- Implementar um esquema mais robusto de primeira linha baseado no tenofovir, o que vai permitir que pacientes fiquem no esquema de primeira linha o maior tempo possível e com menos efeitos adversos, postergando a necessidade de esquemas de segunda linha mais caros.⁸⁹
- Garantir o acesso ao teste de carga viral para apoiar a adesão e detectar falhas no tratamento, prevenindo assim a resistência e a troca desnecessária para um tratamento de segunda linha.⁹⁰
- Apoiar a inovação que possa levar a mais melhorias e simplificação do tratamento de HIV em locais de poucos recursos, como o teste de carga viral no local da atenção.

Medidas para garantir que os preços dos medicamentos e diagnósticos se mantenham ao alcance de países em desenvolvimento

A comunidade internacional deve apoiar políticas que possibilitem que os fundos sejam utilizados da melhor maneira possível para satisfazer as necessidades e conter custos de curto e longo prazo ao garantir um fornecimento competitivo de medicamentos.⁹¹

- O Fundo Global e o PEPFAR, entre outros, deveriam continuar a aderir e encorajar o uso de esquemas envolvendo medicamentos genéricos.
- De acordo com a Declaração de Doha sobre o TRIPS e a Saúde Pública, os governos podem autorizar o uso governamental ou licenças compulsórias para garantir a produção genérica de produtos patenteados.
- Empresas e governos devem apoiar o *pool* de patentes para medicamentos antiretrovirais, que está atualmente sendo desenvolvido pela UNITAID.⁹² Este mecanismo junta as patentes de diferentes detentores e as torna disponíveis para outros para produção genérica e desenvolvimentos futuros.

- 1 Leeper S, Reddi A. United States Global Health Policy: PEPFAR and the Mother and Child Campaign. Manuscript in submission, relying on 2006 report on the global AIDS epidemic (prevalence data) and 2006 WHO mortality profiles for each country [www.who.int/whosis/mort/profiles/en/].
- 2 WHO, UNAIDS, UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - progress report 2009.
- 3 Schneider M, Zwahlen M, Egger M. Natural history and mortality in HIV-positive individuals living in resource-poor settings: A literature review. UNAIDS Obligation HQ/03/463871. 2004.
- 4 Leeper S, Reddi A. United States Global Health Policy: PEPFAR and the Mother and Child Campaign. Manuscript in submission, relying on 2006 report on the global AIDS epidemic (prevalence data) and 2006 WHO mortality profiles for each country [www.who.int/whosis/mort/profiles/en/].
- 5 WHO, UNAIDS, UNICEF.
- 6 Stover J, Fidzani B, Molomo BC, et al. Estimated HIV trends and program effects in Botswana. *PLoS One* 2008; 3:e3729.
- 7 Reniers G, Araya T, Davey G, et al. Steep declines in population-level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS* 2009; 23:511-18.
- 8 Bendavid E, Bhattacharya J. The President's Emergency Plan for AIDS Relief in Africa: an evaluation of outcomes. *Ann Intern Med* 2009; 150:688-95.
- 9 Yu D, Souteyrand Y, Banda MA, et al. Investment in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries? *Global Health* 2008; 4:8.
- 10 Stover J, Fidzani B, Molomo BC, et al.
- 11 Reniers G, Araya T, Davey G, et al.
- 12 Jahn A, Floyd S, Crampin AC, et al. Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *The Lancet* 2008; 371:1603-11.
- 13 Mermin J, Were W, Ekwaru JP, et al. Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study. *The Lancet* 2008; 371(9614):752-59.
- 14 Zinyakatira N. Adult mortality in the Western Cape: an example from Cape Town Metro. Human Sciences Research Council 2005.
- 15 Ndirangu J, Bland R, Newell ML. A decline in early life mortality in a high HIV prevalence rural area of South Africa: associated with implementation of PMCT and/or ART programmes? IAS 2009, Cape Town. Abstract WEAD105.
- 16 Groenewald P, Bradshaw D, Daniels J, et al. Cause of death and premature mortality in Cape Town, 2001-2006. Cape Town: South African Medical Research Council 2008.
- 17 Stoneburner R, Montagu D, Pervilhac C, et al. Declines in adult HIV mortality in Botswana, 2003-2005: evidence for an impact of antiretroviral therapy programs. 16th International AIDS Conference, Toronto 2006. Abstract THL0507.
- 18 Mermin J, Were W, Ekwaru JP, et al.
- 19 Auvert B, Males S, Puren A, et al. Can highly active antiretroviral therapy reduce the spread of HIV? A study in a township of South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 36(1):613-21.
- 20 Granich R, Gilks C, Dye C. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *The Lancet* 2009; 373:48-57.
- 21 Macro Ltd. Global Fund five-year evaluations: study area 3: the impact of collective efforts on the reduction of the disease burden of AIDS, tuberculosis, and Malawi. May 2009.
- 22 Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, et al. South African national HIV prevalence, incidence, behavior and communication survey 2008: a turning tide among teenagers? June 2009.
- 23 MSF. Increasing access to antiretroviral care in rural Malawi: 2003-2009 programme report. 2009 [www.msf.org.za/2009-aids/reports.html]
- 24 Middelkoop K, Wood R, Myer L, et al. Can antiretroviral therapy contain a previously escalating TB epidemic in a high HIV prevalence community? 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Abstract CDB041.
- 25 Walton DA, Farmer PE, Lambert W, et al. Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti. *J of Pub Health Policy* 2005; 25(2):137-58. See also: MSF. Increasing access to antiretroviral care in rural Malawi. 2009 [www.msf.org.za/2009-aids/reports.html].
- 26 Case A, Paxson C. The impact of the AIDS pandemic on health services in Africa: evidence from the demographic and health surveys. Working Paper: Princeton University 2008.
- 27 International Center for AIDS Care and Treatment Programs. Leveraging HIV scale-up to strengthen health systems in Africa: Bellagio conference report 2008. See also: Cohen R, Lynch S, Bygrave H, et al. Two-year antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho. *J Intl AIDS Soc* 2009; 12(1):23.
- 28 Embrey M, Hoos D, Quick J. How AIDS funding strengthens health systems: progress in pharmaceutical management. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 52:S34-7.
- 29 Justman JE, Koblavi-Deme S, Tanuri A, et al. Developing laboratory systems and infrastructure for HIV scale-up: a tool for health systems strengthening in resource-limited settings. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 52:S30-3.
- 30 Montaner J, Hogg R, Wood E, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *The Lancet* 2006; 368:531-6.
- 31 UNAIDS, WHO. 2007 AIDS epidemic update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2007. [data.unaids.org/pub/EpiSlides/2007/2007_EpiUpdate_en.pdf].
- 32 WHO, UNAIDS, UNICEF.
- 33 Under the current guidelines of the Ministry of Health (treatment initiation at CD4 cell count of < 200 cells/ mm³) it is estimated that between 300,000 and 860,000 are in need of ART. Under the criteria established by the Southern African HIV Clinicians Society (treatment initiation at CD4 cell count of < 200 cells/ mm³), it is estimated that between 1,150,000 and 2,100,000 are in need of ART.
- 34 National Committee for Confidential Enquiries in Maternal Deaths. Saving mothers 2005-2007, 4th report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa. Pretoria, South Africa: National Department of Health, South Africa.
- 35 Chopra M, Daviaud E, Pattinson R, et al. Saving the lives of South Africa's mothers, babies, and children: can the health system deliver? *The Lancet* 2009; 374:835-46.
- 36 Ibid.
- 37 Abdool-Karim SS, Churchyard G, Abdool-Karim Q, et al. HIV infection and tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response. *The Lancet* 2009; 374:921-33.
- 38 Chopra M, Daviaud E, Pattinson R, et al.
- 39 WHO. World health statistics 2009 [www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html].
- 40 MSF, Western Cape Province Department of Health (South Africa), City of Cape Town Department of Health (South Africa), University of Cape Town Infectious Disease Epidemiology Unit. Comprehensive TB/HIV services at primary health care level: Khayelitsha annual activity report 2008.
- 41 MSF. Khayelitsha ARV quarterly outcomes (South Africa) 2009.
- 42 Boulle A, Van Cutsem G, Hilderbrand K, et al. Good outcomes on ART sustained at five years in Khayelitsha in spite of massive scale up. IAS 2009, Cape Town. Abstract WEPED211.
- 43 MSF. Khayelitsha annual activity report 2008.
- 44 El-Khatib Z, Richter M. (ARV-) Free State? The moratorium's threat to patients' adherence and the development of drug-resistant HIV. *S Afr Med J* 2009; 99(6):412,414.
- 45 Treatment Action Campaign. Another ART moratorium expected in the Free State. 8 September 2009 [www.tac.org.za/community/node/2741].
- 46 South Africa: long way from treatment target. PlusNews. 16 Sept. 2009 [www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=86179].
- 47 Walensky Rochelle, Wood R, Weinstein M et al. Scaling Up Antiretroviral Therapy in South Africa: The Impact of Speed on Survival. *The Journal of Infectious Diseases* 2008; 197:1324 -32.
- 48 Kahn T. South Africa: significant increases for HIV/AIDS treatment. *Business Day*. 28 Oct. 2009.
- 49 Macro Ltd. May 2009.
- 50 U.S. Office of the Global AIDS Coordinator. Celebrating life: PEPFAR's 2009 annual report to congress; 29.
- 51 The Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria. Annual Report 2008.
- 52 Remarks by Michel Kazatchkine, Executive Director. Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria, opening session of the mid-term review of the second voluntary replenishment, Cáceres, Spain 31 March 2009.
- 53 Prevention and control of multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis. Resolution WHA62.15 of the 62nd World Health Assembly, Geneva 2009.
- 54 Cullinan K. Global money shortage undermines AIDS fight. *Health-e News*. 20 Oct. 2009 [allafrica.com/stories/200910200372.html].
- 55 Malawi Office of the President and Cabinet: National AIDS Commission. Malawi HIV and AIDS Extended National Action Framework (NAF), 2010-2012. 2009.
- 56 Ibid.
- 57 Malawi Ministry of Health. Quarterly Report Antiretroviral Treatment Programme in Malawi with Results up to 30 June 2009.
- 58 Afrol News. AIDS deaths drop by 75 percent in Malawi. 26 Aug. 2008. [www.aegis.com/news/afrol/2008/A0080804.html].
- 59 The Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria. Malawi and the Global Fund. [www.theglobalfund.org/programs/portfolio/?CountryId=MLW&Component=HIV/AIDS&lang=en].
- 60 Jouquet G, Bemelmans M, Massaquoi M, et al. Economic evaluation and financing HIV/AIDS: cost analysis of an ARV care programme reaching universal access in Thyolo, Malawi. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment Session TUAD105.
- 61 Malawi Office of the President and Cabinet, 2009.
- 62 Ibid.

- 63 Between 2004 and 2008, the U.S. government committed US\$15 billion to fight HIV/AIDS, TB and malaria through PEPFAR, and spent US\$16.8 billion in both bilateral and multilateral funds on the three diseases. In 2008, Congress reauthorized PEPFAR at US\$48 billion for the five years between 2009 and 2013, including at least US\$35 billion for bilateral AIDS funding. Congressional Research Service, PEPFAR Reauthorization: Key Policy Debates and Changes to U.S. International HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Programs and Funding, Report RL34569, by Kellie Moss, Jan. 29, 2009, 19. See Letter to Eric Goosby, U.S. Global AIDS Coordinator, from Global AIDS Roundtable Treatment Working Group, 15 Oct. 2009.
- 64 U.S. Office of the Global AIDS Coordinator. PEPFAR: Countries [www.pepfar.gov/countries/index.htm].
- 65 Global AIDS Roundtable Treatment Working Group, 15 Oct. 2009.
- 66 U.S. Office of the Global AIDS Coordinator. PEPFAR: Latest Results [www.pepfar.gov/about/c19785.htm].
- 67 The Tom Lantos and Henry J. Hyde United States Global Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Reauthorization Act of 2008, P.L. 110-293, Sec. 403(c).
- 68 The White House (U.S.). Statement by the President on Global Health Initiative. 5 May 2009 [www.whitehouse.gov/the_press_office/Statement-by-the-President-on-Global-Health-Initiative/].
- 69 See, e.g., Graham-Silverman A. Global health Plan: breaking new ground or a campaign promise? Congressional Quarterly. 9 May 2009 [www.cqpolitics.com/wmspage.cfm?docID=news-00003114244].
- 70 Blandford J. PEPFAR Costing and Cost Projection Efforts. Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. Windhoek, Namibia, 11 June 2009 (presentation).
- 71 U.S. Office of the Global AIDS Coordinator. Letter from Eric Goosby, U.S. Global AIDS Coordinator, to U.S. Ambassadors and document "Focus on supporting partner country ownership of HIV/AIDS responses through PEPFAR Partnership Frameworks," 7 Aug. 2009
- 72 Ibid.
- 73 Ibid.
- 74 WHO. World Health Statistics 2009; 25.
- 75 The Government of Uganda revised guidelines establish treatment initiation at 250 cells/mm³ for the general population, up from 200 cells/mm³, and 350 cells/mm³ for selected populations, including pregnant women. The guidelines also now include TDF-based regimens as among the recommended first-line regimens. Uganda Ministry of Health, National Antiretroviral Treatment Guidelines for Adults, Adolescents, and Children (2008) [idi.mak.ac.ug/resources/UGANDA-ADULTS_ADOLESCENTS_HIV_THERAPY.pdf]. Compare with Uganda Ministry of Health, National Antiretroviral Treatment and Care Guidelines for Adults and Children (2003).
- 76 John F. Hoover, Chargé d'Affaires of the United States Mission in Uganda. Renew commitment to HIV/AIDS prevention [kampala.usembassy.gov/renew_commitment.html]. ("In 2009, we are investing \$280m (sh56b) in the fight against HIV/AIDS in Uganda, and it is the intention of the US to maintain this level of funding for the foreseeable future").
- 77 One of the earliest treatment providers announced in March 2009 that they were ceasing new treatment initiations and, further, that they could not guarantee support for patients enrolled on treatment in the prior five months. Another large treatment provider announced that they would only be able to provide treatment for patients who had CD4 count below 150 cells/mm³ even though Uganda had just officially revised its treatment guidelines to authorize treatment initiations for HIV-positive patients with CD4 count below 250 cells/mm³ and higher for select populations. Still another has alternated between slowing scale-up and then re-initiating new enrolment based on conflicting messages received from US government representatives, causing confusion and uncertainty within the population that they serve.
- 78 UN Economic Commission for Africa, African Center for Gender and Social Development (ACGS) 4th Session of the African Union Conference of Ministers of Health. Health financing in Africa: challenges and opportunities for expanding access to quality health care. 4th Session of the African Union Conference of Ministers of Health, UN Economic Commission for Africa, African Center for Gender and Social Development (ACGS) 2009.
- 79 PLUS News. Botswana: bleak outlook for future AIDS funding. 25 Feb. 2009. [www.aidsmap.com/en/news/0E611AB8-9920-4BB9-AF53-D13F6B8987CD.asp].
- 80 Kiishweko O. Government may cut Aids budget by 20pc. The Citizen (Tanzania). 25 May 2009 [thecitizen.co.tz/newe.php?id=12692].
- 81 Zachariah R, Van Engelgem I, Massaquoi M, et al. Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2008; 102(3):288-93.
- 82 UN Economic Commission for Africa, African Center for Gender and Social Development (ACGS) 2009.
- 83 Ibid.
- 84 World Bank. 2008. Commitment to HIV/AIDS in Africa, Our Agenda for Action, 2007-2011. 5. [http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPHIVAIDS/Resources/WB_HIV-AIDS-AFA_2007-2011_Advance_Copy.pdf].
- 85 Ibid.
- 86 UNITAID. UNITAID-funded HIV/AIDS projects. [www.unitaid.eu/en/UNITAID-funded-HIV/AIDS-projects.html].
- 87 International HIV/AIDS Alliance. ¥€\$ to HEALTH: the currency transaction levy funding the health millennium development goals. 2009. [www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/documents/reports/CTL%20briefing.pdf].
- 88 Walensky RP, Wolf LL, Wood R, et al. 2008.
- 89 Rosen S, Long L, Fox M, Sanne I. Cost and cost-effectiveness of switching from stavudine to tenofovir in first-line antiretroviral regimens in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2008; 48: 334-44.
- 90 Kantor R, Diero L, Delong A, et al. Misclassification of first-line antiretroviral treatment failure based on immunological monitoring of HIV infection in resource-limited settings. *J Clin Infect Dis*, 2009; 49: 454-462.
- 91 UK All Party Parliamentary Group (APPG) on AIDS. The Treatment Time Bomb. July 2009.
- 92 MSF Campaign for Access to Essential Medicines. Make it Happen!(Patent Pool Campaign.) [www.msfaccess.org]

Foto da capa: Mariella Furrer,
Foto da capa de trás: Julie Rémy
Design de capa e layout: Daniel Jaquet
Tradução para o português: Amanda Mey



CAMPAÑA DE
ACESSO
A
MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS

MSF-Brasil
Rua Santa Luzia 651/11o andar, Centro
Rio de Janeiro, RJ - Brasil
CEP: 20030-041
www.msf.org.br

www.msfacecess.org

 www.facebook.com/MSFacecess

 twitter.com/MSF_access

MAKE IT HAPPEN!
JOIN THE **PUSH FOR THE POOL!**



Junte-se à campanha “Faça Acontecer!” e mande um e-mail para empresas farmacêuticas para que ponham suas patentes de medicamentos para HIV no *pool* de patentes da UNITAID. Acesse: www.msfacecess.org