Boletim Mercosul

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE HIV/ AIDS DA REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE DO MERCOSUL

2012 – Nº 1

Este primeiro número do Boletim traz, em série histórica de dez anos, seis indicadores acordados entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai na Comissão Intergovernamental de HIV/Aids do Mercosul: incidência de aids, novos casos de HIV, incidência de aids em menores de 5 anos, pessoas em tratamento antirretroviral, mortalidade por aids e incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.

Estes indicadores expressam a situação da epidemia do HIV, aids e da sífilis congênita nos países do Mercosul e contribuem para identificar as populações sob maior risco.

Nossa expectativa é que o Boletim seja uma ferramenta de trabalho, promova as estratégias de cooperação, integração e contribua para fortalecer a identidade regional.

Boletim Mercosul
CIHIV/AIDS

O Boletim Mercosul: Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul é uma publicação anual de caráter técnico-científico e acesso livre, editada pela Comissão Intergovernamental de HIV/Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul. Seu conteúdo está disponível na página: <http://www.mercosulsaudedevsite.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=170>.

Coordenações Nacionais do Mercosul

Argentina
Ministério da Saúde da Nação
Coordenação Nacional da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul
Av. 9 de Julio, nº 1925, 8º andar
C1073ABA – Buenos Aires/Argentina
Tel.: +5411-43799026
Fax: +5411-43834431
E-mail: mercosur@msal.gov.ar

Brasil
Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro da Saúde
Assessoria de Assuntos Internacionais
Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, sala 445
CEP: 70058900 – Brasília/Brasil
Tel.: +55 (61) 3315 2184
E-mail: cgir@saude.gov.br
Site: <www.saude.gov.br/bvs>

Paraguai
Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social
Unidad Técnica Mercosur
Fulgencio R. Moreno esq. Brasil
C.P. 1505 Asunción – Paraguay
E-mail: rinternacionales@mspbs.gov.py

Uruguai
Coordenação Nacional da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul
Ministério de Saúde Pública
Av. 18 de Julio nº 1892, of. 013
CP. 11200 – Montevideo/Uruguay
Tel.: +598-24019150 / 24003992 / 24086866
Fax: +598-24019150
E-mail: arriic@msp.gub.uy

Equipe de elaboração

Argentina
Ministério da Saúde da Nação /Diretoria de Aids e DST
Andrea Ayma
Ariel Adaszko
Carlos Falistocco
Sergio Gerez
Valeria Levite
Vanesa Kaynar

Brasil
Ministério da Saúdel/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde;
Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul e da Integração Regional da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde do Brasil
Alberto C. Lopes de Souza
Alessandro Ricardo Caruso da Cunha
Alexsandro Dias
Angela Gasperin Martinazzo
Cintia Barcellos V. de Freitas
Gerson Fernando Mendes Pereira
Giovanni Ravasi
Luisa Guimarães Queiroz
Marcos Cleuton Oliveira
Maria Bernadete Rocha Moreira
Ronaldo de Almeida Coelho
Ronneyla Nery Silva
Silvano Barbosa de Oliveira
Telma Tavares Richa e Souza
Vanessa Massote Paulinelli

Paraguai
Ministério da Saúde Pública e Bienestar Social/Programa Nacional de Controle do HIV/Aids/DST
Alma Barboza
Anibal Kawabata
Gloria Aguilar
Minako Nagai
Nicolás Aguayo

Uruguai
Ministério de Saúde Pública/Programa Nacional de DST-HIV/Aids, Departamento de Vigilância em Saúde
Andrés Bálsamo
Ingrid Gabrielzyk
Mónica Castro
René Diverio
Ruben Berriolo
Susana Cabrera

Apoio Técnico da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

Argentina
Marcelo Vila

Brasil
Ximena Pamela Díaz Bermúdez

Paraguai
Margarita Villafañe

Uruguai
Mario González

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610, CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <www.saude.gov.br/editora>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Eveline de Assis e Khamila Silva
Diagramação: Alisson Albuquerque

Ficha catalográfica

Boletim Mercosul: Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – n. 1, (2012)- . – Brasília: Ministério da Saúde, 2012- .

Modo de acesso: World Wide Web: <http://www.mercosulsaudedevsite.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=170>
Anual
n. 1 (2012)

1. Aids. 2. Mercosul. 3. Sífilis. 4. Epidemiologia. I. Título. II. Série.

CDU 616-036.22

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0290

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1 – Taxa anual de incidência de aids/100 mil habitantes, 2000–2009 13

Gráfico 3.1.1 – Taxa anual de incidência de aids por sexo e faixa etária/100 mil habitantes, 2000 e 2009 15

Gráfico 3.2 – Taxa anual de novos casos diagnosticados de HIV por sexo/100 mil habitantes, 2000–2009 17

Gráfico 3.3 – Taxa anual de incidência de aids em menores de 5 anos/100 mil habitantes, segundo faixa etária, 2000–2009 20

Gráfico 3.5 – Taxa anual de mortalidade por aids/100 mil habitantes, 2000–2009 23

Gráfico 3.5.1 – Taxa anual de mortalidade por aids/100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária, 2000 e 2009....25

Gráfico 3.6 – Taxa anual de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano/mil nascidos vivos, 2000–2009 27

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 – Quadro descritivo dos indicadores do Boletim Epidemiológico da CIHIV/Aids....9

Quadro 3.1 – Taxa anual de incidência de aids.... 12

Quadro 3.2 – Taxa anual de novos casos de HIV.... 16

Quadro 3.3 – Taxa anual de incidência de aids em menores de 5 anos 18

Quadro 3.4 – Número anual de pessoas em TARV 21

Quadro 3.5 – Taxa anual de mortalidade por aids.... 22

Quadro 3.6 – Taxa anual de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.... 26

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – População geral, urbana e rural, 2000–2009 10

Tabela 2.2 – População feminina e masculina, 2000–2009 11

Tabela 2.3 – Taxa de analfabetismo, 2000–2009 11

Tabela 2.4 – PIB per capita PPC (a preços internacionais atuais) em US$ (Banco Mundial – PIB per capita PPC), 2000–2009 11

Tabela 3.1 – Taxa anual de incidência de aids/100 mil habitantes, 2000–2009 12

Tabela 3.1.1 – Taxa anual de incidência de aids por sexo e faixa etária/100 mil habitantes, 2000 e 2009 14

Tabela 3.2 – Taxa anual de novos casos diagnosticados de HIV por sexo/100 mil habitantes, 2000–2009....17

Tabela 3.3 – Taxa anual de incidência de aids em menores de 5 anos/100 mil habitantes, segundo faixa etária, 2000–2009 19

Tabela 3.4 – Número anual de pessoas em TARV, 2000–2009....21

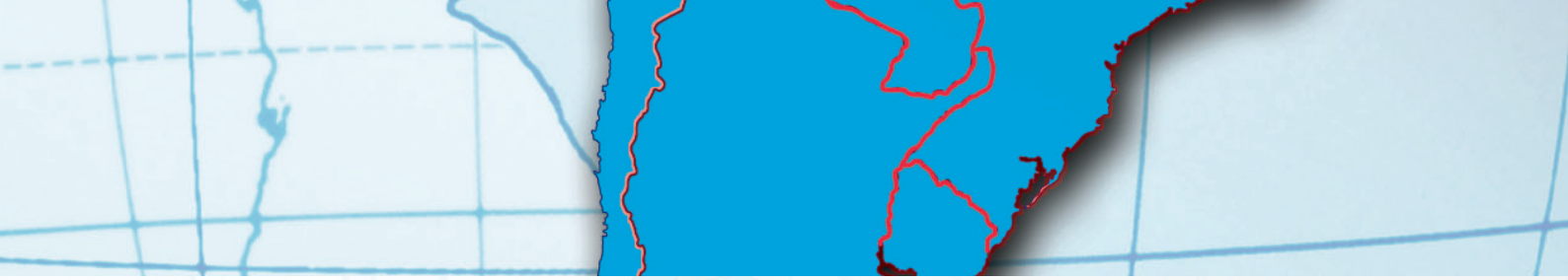
Tabela 3.5 – Taxa anual de mortalidade por aids/100 mil habitantes, 2000–2009 23

Tabela 3.5.1 – Taxa anual de mortalidade por aids/100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária, 2000 e 2009..... 24

Tabela 3.6 – Taxa anual de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano/mil nascidos vivos, 2000–2009 27

LISTA DE SIGLAS

Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
CD4	Cluster of Differentiation [Grupo de Diferenciação]
CDC	Center for Desease Control (USA) [Centros de Controle e Prevenção de Doenças (EUA)]
CI	Comissão Intergovernamental
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIES	Centro de Información Estadística (Paraguay) [Centro de Informação Estatística (Paraguai)]
CIHIV/Aids	Comissão Intergovernamental de HIV/ Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul
CMC	Conselho do Mercado Comum
CMV	Citomegalovírus
DEVISA	Departamento de Vigilancia en Salud, Ministerio de la Salud Pública (Uruguay) [Departamento de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde Pública (Uruguai)]
DGEEC	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (Paraguay) [Diretoria Geral de Estatísticas, Pesquisas e Censos (Paraguai)]
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DSyETS	Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud (Argentina) [Diretoria de Aids e DST, Ministério da Saúde (Argentina)]
EIA	Imunoensaio enzimático
GMC	Grupo do Mercado Comum
HIV	Human Immunodeficiency Virus [Vírus da Imunodeficiência Humana]
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil)
IMT	Instituto de Medicina Tropical (Paraguay) [Instituto de Medicina Tropical (Paraguai)]
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo (Argentina) [Instituto Nacional de Estatística e Censo (Argentina)]
INE	Instituto Nacional de Estadística (Uruguay) [Instituto Nacional de Estatística (Uruguai)]
ITS	Infecções Transmissíveis Sexualmente
Lemp	Leucoencefalopatia multifocal progressiva
Mercosul	Mercado Comum do Sul
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	Polymerase Chain Reaction [Reação em Cadeia da Polimerase]
PIB/GDP	Produto Interno Bruto/Gross Domestic Product
PPC/PPP	Paridade do Poder de Compra/Purchasing Power Parity
PPT	Presidência Pro Tempore
PTMI	Plan de Prevención de la Transmisión Materno Infantil (Paraguay) [Plano de Prevenção da Transmissão Materno-Infantil (Paraguai)]
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RMS	Reunião de Ministros da Saúde
RPR	Rapid Plasma Reagin [Reagina Plasmática Rápida]
SGT 11	SAÚDE Subgrupo de Trabalho n° 11 Saúde
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Brasil)



SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade (Brasil)
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Brasil)
SIP	Sistema Informático Perinatal (Uruguay) [Sistema de Informação Perinatal (Uruguai)]
Siscel	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Brasil)
SISFENIX	Sistema de Información en Salud FENIX (Paraguay) [Sistema de Informação em Saúde FENIX (Paraguai)]
SNC	Sistema Nervoso Central
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (Argentina) [Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Argentina)]
Tarv	Tratamento Antirretroviral
TB	Tuberculose
TX	Taxa
Unaids	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
US$	Dólar estadunidense
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory [Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas]
WB	Western Blot

SUMÁRIO

Apresentação 7

1 Introdução 7

2 Perfil sociodemográfico dos países 10

3 Indicadores da CIHIV/Aids do Mercosul 12

Anexo A – Acordo Mercosul n° 02/02 28

Anexo B – Acordo Mercosul n° 05/03 29

Apresentação

A Comissão Intergovernamental de HIV/Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul tem a satisfação de apresentar o primeiro número do seu Boletim Epidemiológico. São autores deste trabalho os Programas de HIV/Aids dos estados-partes do Mercosul com a contribuição e cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS).

O Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids (CIHIV/Aids) evidencia o esforço dos países para construir indicadores comuns que orientem a gestão e as ações da comissão. Apresenta um perfil epidemiológico com informação sobre populações de maior risco e vulnerabilidade em relação ao HIV, aids e sífilis congênita e permite agrupar dados e estabelecer metas em projetos conjuntos para a região e para as fronteiras.

A CIHIV/Aids foi criada pelo Acordo Mercosul nº 02/02 da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul e propõe, entre os objetivos específicos, otimizar esforços para o desenvolvimento das ações articuladas entre instâncias governamentais nacionais, organizações não governamentais (ONGs), setor privado e organismos internacionais (Anexo A). A articulação destas ações torna-se realidade por meio da promoção e da definição das diretrizes visando à troca de experiências, informações e tecnologias, ao desenvolvimento de instrumentos comuns de gestão e ao fortalecimento dos programas nacionais.

A criação da CIHIV/Aids propiciou aos países acordar áreas prioritárias de trabalho, com incidência nos estados-partes, incluindo, na área de vigilância epidemiológica, o estabelecimento de critérios e parâmetros de pesquisa que permitam a identificação de tendências epidemiológicas. Outros temas são: a estruturação de sistemas de vigilância da infecção pelo HIV; gestantes infectadas e crianças expostas; a troca de informações obtidas pelos sistemas de vigilância epidemiológica, incluindo a criação de banco de dados com informação e os indicadores comuns.

Com o objetivo de cumprir essa agenda prioritária, foi acordado um plano de trabalho que envolveu o estabelecimento de metodologia para a padronização da informação epidemiológica entre os países do Mercosul. Esse plano de trabalho contemplou a publicação da estrutura de vigilância epidemiológica na sub-região e o levantamento sobre o acesso a medicamentos antirretrovirais (ARV), infecções oportunistas e insumos. A finalidade do trabalho é o diagnóstico e o monitoramento do HIV, estabelecendo estratégias de controle de qualidade e padronização dos parâmetros de monitoramento e indicadores regionais.

O Boletim Epidemiológico terá uma edição anual, atualizando indicadores em série histórica de dez anos. Dados regionais e de localidades fronteiriças serão incluídos nas próximas edições.

A expectativa é de que este Boletim seja principalmente uma ferramenta de trabalho e, ao propiciar conhecer semelhanças e diferenças, subsidie o desenvolvimento e fortaleça as estratégias de cooperação existentes entre os países, contribuindo para construir uma identidade regional.

1 Introdução

Na XIV Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, em 2003, foi assinado, o Acordo Mercosul nº 05/03, que definiu as áreas prioritárias para HIV, aids e sífilis congênita (Anexo B). Esta tarefa coube à CIHIV/Aids que priorizou a vigilância epidemiológica dessas doenças na região do Mercosul, com o objetivo de reduzir a incidência do HIV e atingir as metas da erradicação da sífilis congênita. A partir dessa perspectiva, surgiu a necessidade de estabelecer critérios e parâmetros para a região a fim de observar as tendências epidemiológicas, bem como fortalecer a troca de informações decorrentes dos sistemas de vigilância nacionais, criando as bases de dados comuns, por exemplo.

A CIHIV/Aids tem realizado atividades para construir procedimentos de harmonização de indicadores comuns para o HIV, aids e sífilis congênita a partir das práticas vigentes em cada país. Embora uma questão relevante para as ações de cooperação, ainda existem aspectos que dificultam essa tarefa, como a heterogeneidade dos sistemas de informação de cada país e os diferentes sistemas de coleta e monitoramento dos indicadores.

Diante dos avanços obtidos na luta contra a epidemia do HIV e a sífilis na região, é importante contar com

indicadores comuns, consistentes e padronizados, que permitam descrever temporal e espacialmente a dimensão da epidemia e dar visibilidade às políticas nacionais, além de apoiar projetos para a região e para as fronteiras.

Paralelamente, estão sendo criados processos em parceria para incentivar a capacidade dos países do Mercosul articular em ações de vigilância epidemiológica e as respostas nacionais com base em informação estratégica compartilhada.

A construção deste Boletim tem sido tarefa longa. Em março de 2009, aconteceu a primeira oficina para construir indicadores comuns em vigilância epidemiológica para o Mercosul. Naquele momento, foi acordada a elaboração de um documento para definir os indicadores, evidenciar a relevância e mostrar como são calculados nos países do Mercosul.

O presente Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids inclui os indicadores que os países consideraram importantes, e que foram discutidos e acordados na Reunião Extraordinária da CIVIH/Aids e Oficina de Vigilância Epidemiológica, realizada conjuntamente com a Opas/OMS, no mês de outubro de 2011, em Montevidéu.

Indicadores acordados na CIHIV/Aids para a construção do Boletim Epidemiológico

1	TAXA ANUAL DE INCIDÊNCIA DE AIDS/100 MIL HABITANTES, 2000 – 2009
2	TAXA ANUAL DE NOVOS CASOS DE HIV/100 MIL HABITANTES, 2000 – 2009
3	TAXA ANUAL DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS/100 MIL HABITANTES, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, 2000 – 2009
4	NÚMERO ANUAL DE PESSOAS EM TARV, 2000 – 2009
5	TAXA ANUAL DE MORTALIDADES POR AIDS/100 MIL HABITANTES, 2000 – 2009
6	TAXA ANUAL DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 1 ANO/ MIL NASCIDOS VIVOS, 2000 – 2009

Além desses indicadores epidemiológicos, foram incluídos neste número do Boletim Epidemiológico outros indicadores de contexto dos países: população geral, urbana, rural e segundo sexo, taxa de analfabetismo, PIB per capita.

Considerando que o Boletim Epidemiológico busca dar visibilidade às políticas nacionais e favorecer as atividades de cooperação, os indicadores homologados na CIHIV/Aids permitem expressar a situação da epidemia do HIV, aids e da sífilis congênita na população, além de contribuir para identificar as populações sob maior risco e aquelas mais vulneráveis. Essa informação consolidada pretende incentivar o monitoramento, os acordos conjuntos na região e a implementação de projetos para as fronteiras.

Para cada indicador, apresenta-se um quadro descritivo detalhando definição e análise, o método de cálculo, as limitações e as fontes de informação. Para todos os indicadores, cada país descreve o método de cálculo, as limitações e as fontes de informação. Além disso, foram informados, pelos países, os parâmetros usados para o critério de definição de casos referentes aos indicadores: taxa anual de incidência da aids, taxa anual de novos casos de HIV, taxa anual de incidência de aids em menores de 5 anos e número de pessoas em TARV.

A análise dos indicadores no conjunto dos países do Mercosul tem como objetivo contribuir para o avanço da harmonização das metodologias e indicadores que possam facilitar a informação sobre o HIV, a aids e a sífilis congênita produzida na região e identificar lacunas e necessidades de cooperação técnica para melhorar a produção de informação estratégica.

Espera-se que a edição anual do Boletim Epidemiológico da CIHIV/Aids seja um instrumento a mais para contribuir com o monitoramento da situação epidemiológica dos problemas de saúde na região.

Quadro 1.1 – Quadro descritivo dos indicadores do Boletim Epidemiológico da CIHIV/Aids

INDICADOR	DEFINIÇÃO E ANÁLISE	MÉTODO DE CÁLCULO	LIMITAÇÕES	FONTES DE INFORMAÇÃO
Taxa anual de incidência de aids	Número de novos casos de aids por ano de diagnóstico a cada 100 mil habitantes. Mede o risco de um indivíduo de uma determinada população adquirir a doença em um determinado período de tempo. Este indicador não reflete a situação atual da infecção pelo HIV no período de referência, mas a doença, com sinais e sintomas surgidos, em geral, após um longo período de infecção assintomática (uma média de 6 a 10 anos); enquanto isso, o indivíduo pode também infectar a terceiros.	Novos casos de aids registrados por ano de diagnóstico/população na faixa etária determinada, na metade do período.	Este indicador depende da capacidade de detecção e notificação de casos por parte dos serviços de saúde e do nível de utilização dos sistemas de registro, por isso deve ser analisado à luz dessas limitações.	Argentina: DSyETS. Brasil: Sinan, SIM, Siscel, Siclom e IBGE. Paraguai: SISFENIX, IMT e DGEEC. Uruguai: DEVISA.
Taxa anual de novos casos de HIV	Número de novos casos da infecção pelo HIV por ano de diagnóstico a cada 100 mil habitantes. Monitora uma tendência nos diagnósticos e o acesso aos testes.	Novos casos de HIV registrados por ano de diagnóstico/população no grupo determinado por faixa etária, na metade do período.	Este indicador depende da capacidade de detecção e notificação de casos por parte dos serviços de saúde e do uso dos sistemas de registro, por isso deve ser analisado à luz dessas limitações. É muito influenciado pelo acesso diferenciado ao diagnóstico por parte das diferentes subpopulações.	Argentina: Serviços de saúde e INDEC. Brasil: SISCEL. Paraguai: Notificação, cruzamento de dados e DGEEC. Uruguai: Notificação.
Taxa anual de incidência de aids em menores de 5 anos, segundo faixa etária	Número de novos casos de HIV na população de 0 a 5 anos a cada 100 mil habitantes. Mede o risco de ocorrência de novos casos de aids a cada 100 mil habitantes na população de menores de 5 anos, em um ano determinado.	(Novos casos de HIV na população de menores de 5 anos por ano de diagnóstico/população menor de 5 anos na metade do período) x 100 mil.	Este indicador depende da capacidade de detecção e notificação de casos por parte dos serviços de saúde e da cobertura do uso dos sistemas de registro, por isso, deve ser analisado à luz dessas limitações.	Argentina: DSyETS. Brasil: Sinan, SIM, Siscel, Siclom e IBGE. Paraguai: SISFENIX e DGEEC. Uruguai: DEVISA.
Número anual de pessoas em TARV	Número de pacientes que receberam TARV por ano, segundo critério definido pelo país. É usado como variável Proxy do acesso dos pacientes ao tratamento antirretroviral.	Número de pacientes que receberam medicamentos em dezembro no ano.	Este indicador mede os fornecimentos realizados no mês de dezembro, portanto não estão incluídos pacientes que receberam TARV para mais de um mês.	Argentina: DSyETS. Brasil: Siclom. Paraguai: IMT. Planilha de tratamento de TARV, Sistema de Informação da Farmácia do IMT e Sistema de Informação de Assistência Integral às PVHA. Uruguai: Estimativa pelo Spectrum.
Taxa de mortalidade por aids	Número total de óbitos por aids a cada 100 mil habitantes por ano. Mede o risco de um indivíduo da população geral morrer por causa da aids em um ano determinado.	(Número de óbitos em que a causa básica seja considerada aids* por ano/população na metade do período) x 100 mil.	A subnumeração e a subnotificação das mortes por aids, bem como as imprecisões no preenchimento dos atestados de óbito, podem influenciar este indicador.	Argentina: Atestados de óbito e INDEC. Brasil: SIM e IBGE. Paraguai: Notificação, cadastros dos serviços de assistência integral às PVHA. Uruguai: Estatísticas vitais.
Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano	Número de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano por ano de diagnóstico na população a cada mil nascidos vivos. Mostra a ocorrência anual de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano. É usado para analisar a evolução espaço-temporal da epidemia de sífilis congênita entre as crianças.	(Número de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano em um ano de diagnóstico e local de residência determinados/ número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local, no ano considerado) x mil.	Levando em consideração as dificuldades de diagnóstico da sífilis congênita, pode ser observada uma sub-representação dos casos oligossintomáticos. A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica, em cada área geográfica para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos.	Argentina: SNVS. Brasil: Sinan e IBGE. Paraguai: Formulários de Notificação e PTMI. Uruguai: SIP e DEVISA.

Fonte: Autoria própria.

*Códigos B20 a B24 CID-10

2 Perfil Sociodemográfico dos Países

Tabela 2.1 – População geral, urbana e rural, 2000–2009

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
População geral										
ARGENTINA	35.831.578	36.260.130	36.688.682	37.117.234	37.545.785	37.974.337	38.402.889	38.831.441	39.259.992	39.688.544
BRASIL	169.799.170	172.385.776	174.632.932	176.876.251	179.108.134	184.184.074	186.770.613	189.335.191	189.612.814	191.481.045
PARAGUAI	5.346.267	5.456.418	5.163.198	5.677.448	5.788.088	5.898.651	6.009.143	6.119.642	6.230.143	6.340.639
URUGUAI	3.300.847	3.308.356	3.308.527	3.303.540	3.301.732	3.304.723	3.314.466	3.323.906	3.334.052	3.344.938
População Urbana										
ARGENTINA	32.048.643	32.431.950	32.815.257	33.198.564	33.581.872	33.965.179	34.348.486	34.731.793	35.115.101	35.498..408
BRASIL	137.953.959	144.579.950	146.866.296	149.035.929	148.552.286	152.393.903	155.374.473	157.848.749	158.800.732	160.767.485
PARAGUAI	2.939.944	3.020.281	3.101.412	3.183.160	3.265346	3.347.793	3.430.620	3.513.944	3.597.588	3.681.376
URUGUAI	3.058.437	3.071.727	3.077.804	3.078.812	3.083.096	3.089.988	3.101.685	3.114.125	3.127.318	3.141.299
População Rural										
ARGENTINA	3.782.935	3.828.180	3.873.425	3.918.669	3.963.914	4.009.158	4.054.403	4.099.647	4.144.892	4.190.136
BRASIL	31.845.211	27.805.826	27.766.636	27.840.322	30.555.848	31.790.171	31.396.140	31.486.442	30.812.082	30.713.560
PARAGUAI	2.406.323	2.436.137	2.465.439	2.494.288	2.522.742	2.550.858	2.578.523	2.605.698	2.632.555	2.659.263
URUGUAI	242.410	236.629	230.723	224.728	218.636	215.735	212.781	209.781	206.734	203.639

Fonte: Argentina: INDEC; Brasil: IBGE; Paraguai: CIES e DGEEC. Projeção Nacional da População Paraguaia por Sexo e Faixa Etária, ano 2000 a 2030; Uruguai: INE.

Tabela 2.2 – População feminina e masculina, 2000–2009

PAÍS	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Homens																				
ARGENTINA	17.451.884	48,7	17.659.072	48,7	17.866.260	48,7	18.073.448	48,7	18.280.637	48,7	18.487.825	48,7	18.695.013	48,7	18.902.201	48,7	19.109.390	48,7	19.316.578	48,7
BRASIL	83.576.015	49,2	84.853.844	49,2	85.960.793	49,2	87.068.413	49,2	88.168.458	49,2	90.671.019	49,2	91.946.392	49,2	93.042.111	49,1	93.159.312	49,1	94.050.601	49,1
PARAGUAI	2.705.524	50,6	2.761.141	50,6	2.816.687	50,6	2.872.186	50,6	2.927.657	50,6	2.983.123	50,6	3.038.590	50,6	3.094.044	50,6	3.149.475	50,6	3.204.871	50,5
URUGUAI	1.598.685	48	1.601.593	48,0	1.600.814	48,0	1.597.362	48,0	1.595.635	48,0	1.597.040	48,0	1.601.024	48,0	1.605.466	48,0	1.610.356	48,0	1.615.709	48,0
Mulheres																				
ARGENTINA	18.379.694	51,3	18.601.058	51,3	18.822.422	51,3	19.043.785	51,3	19.265.149	51,3	19.486.512	51,3	19.707.876	51,3	19.929.239	51,3	20.150.603	51,3	20.371.966	51,3
BRASIL	86.223.155	50,8	87.531.932	50,8	88.672.139	50,8	89.807.838	50,8	90.939.676	50,8	93.513.055	50,8	94.824.221	50,8	96.293.080	50,9	96.453.502	50,9	97.430.444	50,9
PARAGUAI	2.640.743	49,4	2.695.277	49,4	2.750.164	49,4	2.805.262	49,4	2.860.431	49,4	2.915.528	49,4	2.970.553	49,4	3.025.598	49,4	3.080.668	49,5	3.135.768	49,5
URUGUAI	1.702.162	52,0	1.706.763	52,0	1.707.713	52,0	1.706.177	52,0	1.706.097	52,0	1.708.683	52,0	1.713.442	52,0	1.718.440	52,0	1.723.696	52,0	1.729.229	52,0

Fonte: Argentina: INDEC; Brasil: IBGE e DATASUS; Paraguai: CIES e DGEEC. Projeção Nacional da População Paraguaia por Sexo e Faixa Etária, ano 2000 a 2030; Uruguai: INE.

Tabela 2.3 – Taxa de analfabetismo, 2000–2009

PAÍS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
ARGENTINA	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9
BRASIL	-	14,6	14,1	13,7	13,6	13,2	12,4	11,8	11,4	11,1
PARAGUAI	8,4	8,4	8,6	6,6	6,3	5,4	5,6	5,4	5,2	5,2
URUGUAI	3,2	3,1	3,0	2,8	2,6	2,4	2,2	2,0	1,9	1,9

Fonte: Argentina: INDEC; Brasil: IBGE; Paraguai: DGEEC, Folder EPH total país. Ano 2009; Uruguai: INE.

Tabela 2.4 – PIB per capita PPC (a preços internacionais atuais) em US$ (Banco Mundial – PIB per capita PPC), 2000–2009

PAÍS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$
ARGENTINA	9.114	8.821	7.912	8.718	9.688	10.833	12.026	13.334	14.418	14.677
BRASIL	7.010	7.163	7.372	7.519	8.074	8.509	9.038	9.775	10.408	10.436
PARAGUAI	3.363	3.439	3.424	3.561	3.740	3.901	4.124	4.451	4.727	4.546
URUGUAI	8.517	8.356	7.835	8.081	8.730	9.683	10.380	11.352	12.394	12.948

Fonte: GDP *per capita*, PPP – Banco Mundial.

3 Indicadores da CIHIV/Aids do Mercosul

Quadro 3.1 – Taxa anual de incidência de aids

	DEFINIÇÃO E ANÁLISE	MÉTODO DE CÁLCULO	LIMITAÇÕES	FONTES DE INFORMAÇÃO
ARGENTINA	Diagnóstico clínico (presumível ou definitivo) de qualquer primeira doença listada a seguir*, com infecção pelo HIV confirmada: *Candidíase bronquial, traqueal ou pulmonar, candidíase esofágica, Coccidioidomicose disseminada ou extrapulmonar, Criptococose extrapulmonar, Criptosporidiose crônica intestinal, infecção pelo CMV (não limitada ao fígado, baço, gânglios), retinite por CMV, encefalopatia por HIV, H. Simples: úlcera crônica + um mês ou bronquite ou pneumonite ou esofagite, histoplasmose disseminada ou extrapulmonar, isosporíase crônica (intestinal >1 mês), sarcoma de Kaposi, pneumonia bacteriana de repetição, linfoma de alta malignidade, linfoma primário no cérebro, micobacteriose atípica, TB disseminada ou extrapulmonar, pneumonia por P. carinii, Lemp, septicemia decorrente de salmonella, toxoplasmose cerebral, síndrome de emaciação pelo HIV, doença de Chagas com manifestações neurológicas do SNC e/ou disseminada, TB pulmonar, câncer cervical invasivo. Em crianças acrescentam-se: infecções bacterianas múltiplas ou recorrentes, pneumonia intersticial linfoide, atraso maturacional (pondoestatural).	(Novos casos de aids notificados por ano de diagnóstico/ população na metade do mesmo ano) x 100 mil.	Este indicador é afetado pela subnotificação de casos de aids, especialmente das pessoas previamente notificadas com a infecção pelo HIV.	DSyETS.
BRASIL	Critério CDC adaptado: existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de aids (doenças de diagnóstico definitivo e/ou presumível) e/ou contagem de linfócitos T CD4+ <350 células/mm^3 e/ou critério Rio de Janeiro/Caracas: existência de dois testes de triagem reagentes ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV + somatório de, pelo menos, dez pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças ou critério excepcional óbito: menção de aids/Sida (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito + investigação epidemiológica inconclusiva ou menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito, além de doença associada à infecção pelo HIV + investigação epidemiológica inconclusiva.	(Novos casos de aids registrados* em menores de 13 anos ou em pessoas de 13 anos ou mais por ano de diagnóstico/ população por faixa etária determinada, na metade do período) x 100 mil. *Casos de aids notificados no SINAN e/ ou declarados no SIM e/ou registrados no SISCEL/SICLOM nesse período.	Este indicador é afetado pela capacidade de triagem e notificação de casos por parte dos serviços e da cobertura do uso dos sistemas de cadastros, e por isso deve ser examinado considerando essas limitações.	Casos de aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel, Siclom e IBGE.
PARAGUAI	A.1 Criança com idade maior ou igual a 13 anos e adulto com infecção pelo HIV confirmada que apresente, no mínimo, uma das doenças comprovadamente de imunodeficiência, definidas como estágio 4 da classificação clínica da OMS, no ano de 2006. Criança com idade maior ou igual a 13 anos e adultos com contagem de CD4 menor que 200 células/mm^3. A.2 Criança menor de 13 anos vivendo com aids: toda criança menor de 13 anos de idade que apresente evidência laboratorial da infecção pelo HIV, com uma ou mais das seguintes evidências de imunodeficiência: presença de, no mínimo, dois sinais ou eventos nosológicos que indiquem aids de caráter leve. Presença de sinal ou eventos nosológicos que indiquem aids de caráter moderado/grave. Critérios imunológicos: crianças de 6 a 12 anos com infecção pelo HIV confirmada, com uma contagem documentada de linfócitos CD4 menor que 200/mm^3 ou % de CD4 menor que 15%. Em crianças de 12 a 35 meses com primeiros dados documentados de CD4 menor que 15%. Em crianças menores de 12 meses de idade com primeiro registro documentado de contagem de CD4 menor que 15%.	(Novos casos de aids diagnosticados por ano/ população na faixa etária determinada, na metade do período) x 100 mil.	Este indicador depende da qualidade da notificação e pode conter sub-registro.	Casos de aids notificados, casos registrados no SISFENIX, IMT, DGEEC, dados de aconselhamento, laboratório.
URUGUAI	Número de novos casos de aids* notificados por ano a cada 100 mil habitantes. Novos casos de aids registrados* em indivíduos com menos de 14 anos ou de 14 anos e mais por ano de diagnóstico/ população na faixa etária determinada, na metade do período. *Casos de aids notificados no DEVISA. No Uruguai notifica-se como aids: A) início com HIV em estágio de aids (por doença confirmatória), ou B) a passagem do HIV para o estágio da aids, sendo o paciente previamente notificado como infectado pelo HIV.	Pacientes com infecção pelo HIV confirmado com contagem de CD4 < 200 células/mm^3 ou com doença confirmatória segundo definição CDC 1993.	Pode ser subestimado, porque depende da notificação de casos de aids.	DEVISA.

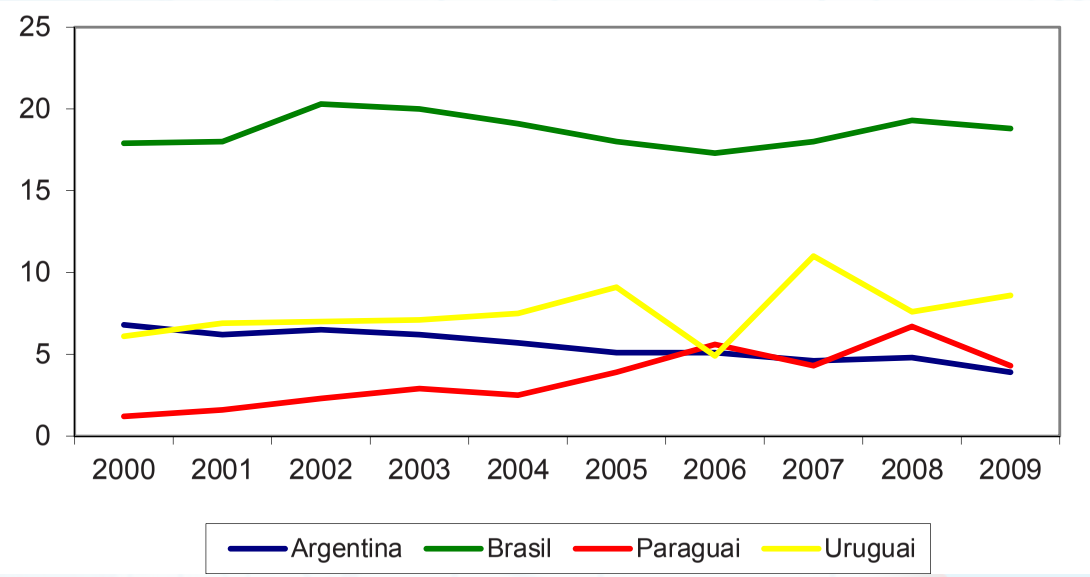
Fonte: Autoria própria.

Tabela 3.1 – Taxa anual de incidência de aids/100 mil habitantes, 2000–2009

PAÍS	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ARGENTINA	2.493	6,8	2.258	6,2	2.373	6,5	2.291	6,2	2.142	5,7	1.944	5,1	1.969	5,1	1.785	4,6	1.901	4,8	1.544	3,9
BRASIL	30.440	17,9	31.064	18	35.430	20,3	35.428	20	34.194	19,1	33.166	18	32.280	17,3	34.128	18	36.523	19,3	35.980	18,8
PARAGUAI	62	1,2	86	1,58	126	2,3	165	2,9	143	2,5	228	3,9	337	5,6	261	4,3	418	6,7	274	4,3
URUGUAI	200	6,1	227	6,9	232	7	235	7,1	249	7,5	302	9,1	164	4,9	365	11	253	7,6	286	8,6

Fonte: Argentina: DSyETS; Brasil: Sinan, SIM, Siscel, Siclom; IBGE; Paraguai: SISFENIX, IMT, DGEEC; Uruguai: DEVISA.

Gráfico 3.1 – Taxa anual de incidência de aids/100 mil habitantes, 2000–2009



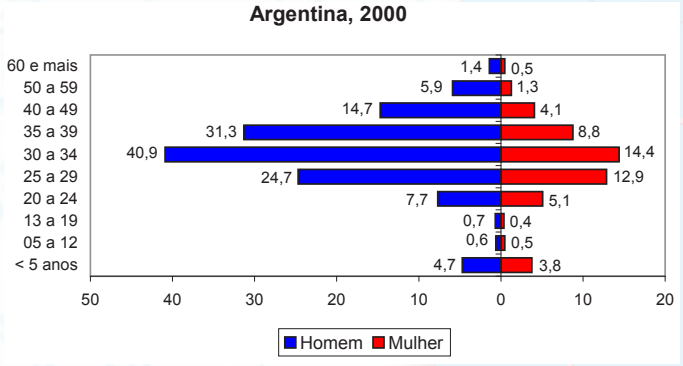
Fonte: Argentina: DSyETS; Brasil: Sinan, SIM, Siscel, Siclom; IBGE; Paraguai: SISFENIX, IMT, DGEEC; Uruguai: DEVISA.

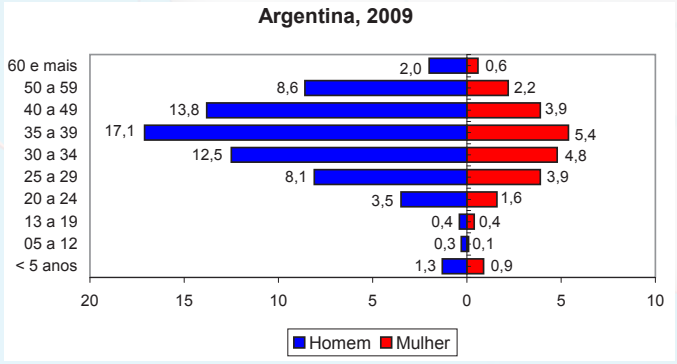
Tabela 3.1.1 – Taxa anual de incidência de aids por sexo e faixa etária/100 mil habitantes, 2000 e 2009

IDADE	PAÍS	2000		2009		IDADE	PAÍS	2000		2009	
		Nº	Tx	Nº	Tx			Nº	Tx	Nº	Tx
		HOMEM						MULHER			
<5 anos	ARGENTINA	80	4,7	22	1,3	<5 anos	ARGENTINA	63	3,8	15	0,9
	BRASIL	422	5,1	270	3,4		BRASIL	441	5,5	265	3,4
	PARAGUAI	2	0,6	0	0		PARAGUAI	3	0,9	1	0,3
	URUGUAI	2	1,6	2	1,6		URUGUAI	5	4,3	3	2,6
5 a 12	ARGENTINA	17	0,6	8	0,3	5 a 12	ARGENTINA	15	0,5	4	0,1
	BRASIL	116	0,9	125	0,9		BRASIL	147	1,1	145	1,1
	PARAGUAI	0	0	1	0,3		PARAGUAI	0	0	1	0,3
	URUGUAI	0	0	1	0,4		URUGUAI	0	0	4	1,6
13 a 19	ARGENTINA	15	0,7	9	0,4	13 a 19	ARGENTINA	9	0,4	9	0,4
	BRASIL	257	2	300	2,5		BRASIL	366	3	410	3,6
	PARAGUAI	0	0	2	0,3		PARAGUAI	0	0	2	0,3
	URUGUAI	2	1,5	1	0,7		URUGUAI	1	0,8	1	0,8
20 a 24	ARGENTINA	122	7,7	58	3,5	20 a 24	ARGENTINA	81	5,1	27	1,6
	BRASIL	1.378	17,1	1.570	17,8		BRASIL	1.397	17,3	1.190	13,7
	PARAGUAI	4	1,7	14	4,4		PARAGUAI	2	0,9	14	4,6
	URUGUAI	9	6,9	8	6,1		URUGUAI	8	6,3	5	4
25 a 29	ARGENTINA	322	24,7	123	8,1	25 a 29	ARGENTINA	173	12,9	60	3,9
	BRASIL	3141	46,1	3287	37,4		BRASIL	2.186	31,1	1.981	22,3
	PARAGUAI	7	3,5	33	12,1		PARAGUAI	1	0,5	13	4,9
	URUGUAI	27	22,7	29	24,4		URUGUAI	20	16,8	18	15,1
30 a 34	ARGENTINA	458	40,9	186	12,5	30 a 34	ARGENTINA	168	14,4	74	4,8
	BRASIL	4.239	66,6	3.848	49,9		BRASIL	2.206	33,1	2.289	28,8
	PARAGUAI	11	6,2	28	13,5		PARAGUAI	1	0,6	12	5,8
	URUGUAI	30	25,5	32	27,2		URUGUAI	8	6,6	15	12,4
35 a 39	ARGENTINA	332	31,3	220	17,1	35 a 39	ARGENTINA	98	8,8	73	5,4
	BRASIL	3.750	63	3.572	54,6		BRASIL	1.679	26,6	2.242	32,4
	PARAGUAI	13	8,4	36	19,8		PARAGUAI	1	0,7	14	7,8
	URUGUAI	25	23,5	31	29,1		URUGUAI	6	5,4	10	9,1
40 a 49	ARGENTINA	292	14,7	299	13,8	40 a 49	ARGENTINA	85	4,1	90	3,9
	BRASIL	4.094	43,9	5.663	48,5		BRASIL	1.884	19	3.217	25,5
	PARAGUAI	9	3,4	52	16,7		PARAGUAI	3	1,2	20	6,5
	URUGUAI	33	16,6	40	20,1		URUGUAI	6	2,8	24	11,4
50 a 59	ARGENTINA	93	5,9	159	8,6	50 a 59	ARGENTINA	23	1,3	43	2,2
	BRASIL	1.331	22,2	2.423	29,1		BRASIL	674	10,4	1.625	17,6
	PARAGUAI	2	1,2	13	5,4		PARAGUAI	1	0,6	7	3
	URUGUAI	9	5,3	30	17,5		URUGUAI	2	1,07	7	3,7
60 e mais	ARGENTINA	28	1,4	47	2	60 e mais	ARGENTINA	14	0,5	18	0,6
	BRASIL	458	7	897	10,4		BRASIL	244	3	631	5,9
	PARAGUAI	1	0,6	6	2,5		PARAGUAI	0	0	1	0,4
	URUGUAI	4	1,6	13	5,3		URUGUAI	3	0,9	7	2
Total	ARGENTINA	1.759	10,1	1.131	5,9	Total	ARGENTINA	729	4	413	2
	BRASIL	19.208	23	21.973	23,4		BRASIL	11.231	13	14.003	14,4
	PARAGUAI	50	1,9	193	6		PARAGUAI	12	0,5	81	2,6
	URUGUAI	141	8,7	187	11,6		URUGUAI	59	3,4	94	5,4

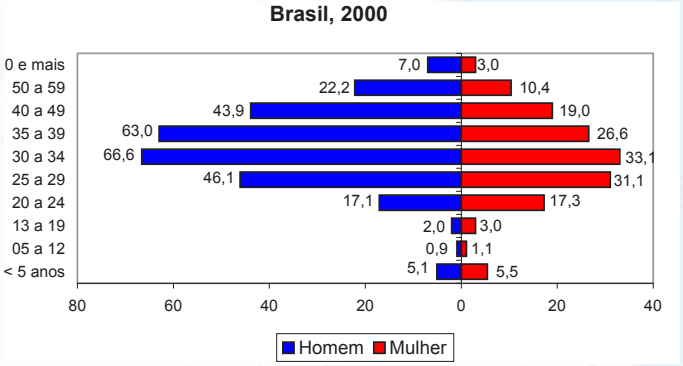
Fonte: Argentina: DSyETS; Brasil: Sinan, SIM, Siscel, Siclom; IBGE; Paraguai: SISFENIX, IMT, DGEEC; Uruguai: DEVISA.

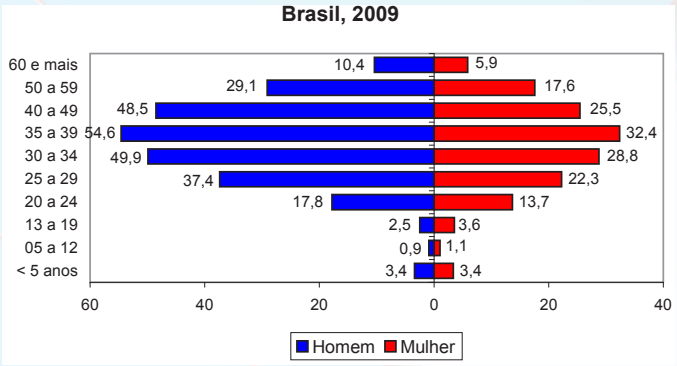
Gráfico 3.1.1 – Taxa anual de incidência de aids por sexo e faixa etária/100 mil habitantes, 2000 e 2009



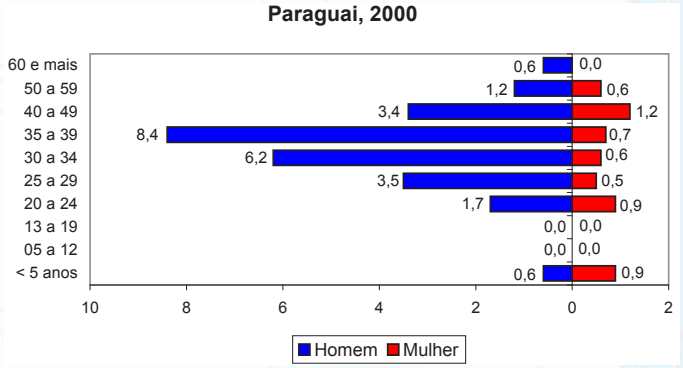


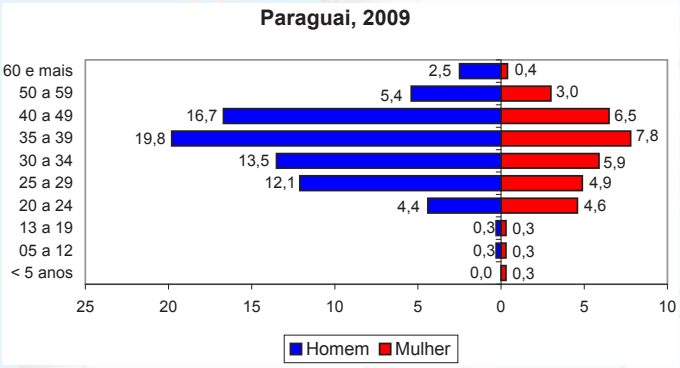
Fonte: DSyETS.



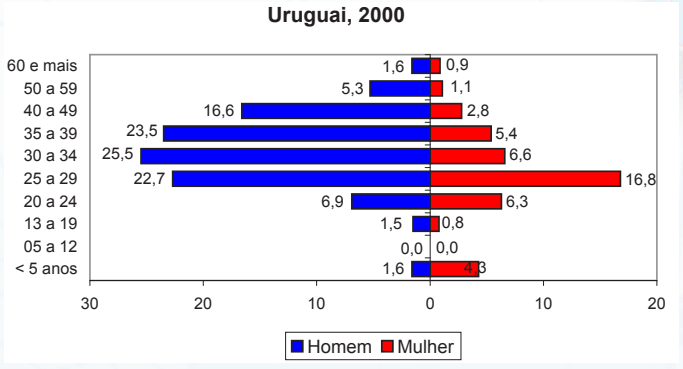


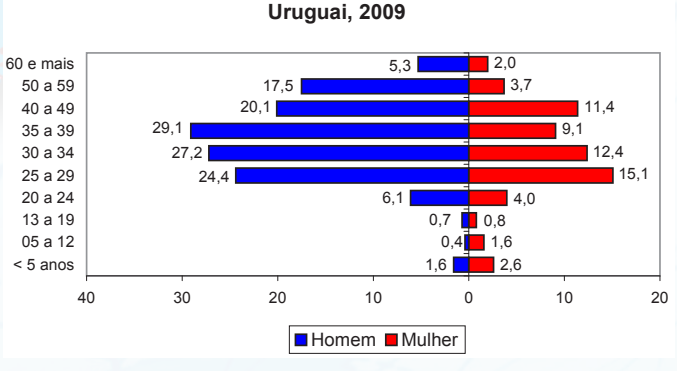
Fonte: SINAN, SIM, SISCEL, SICLOM; IBGE.





Fonte: SISFENIX, IMT, DGEEC.





Fonte: DEVISA.

Quadro 3.2 – Taxa anual de novos casos de HIV

	CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO	MÉTODO DE CÁLCULO	LIMITAÇÕES	FONTES DE INFORMAÇÃO
ARGENTINA	Em adultos, adolescentes ou crianças maiores de 18 meses: um teste de detecção de HIV com resultado positivo, posteriormente confirmado por técnica específica (ex.: WB).	Número de casos diagnosticados de HIV ao longo de um ano em local determinado/ população desse local em meados desse mesmo ano.	A taxa de casos de HIV é afetada pelo acesso diferenciado por parte de diferentes subpopulações aos testes de diagnóstico. Apesar de a Argentina possuir uma política de promoção ao diagnóstico gratuito e confidencial para toda a população, a oferta de rotina do teste para mulheres grávidas gera em alguns grupos de idade uma super-representação das mulheres sobre os homens nessa taxa.	Os numeradores das taxas são os casos relatados pelos serviços de saúde; para os denominadores, são usadas as populações estudadas ou projetadas (em anos intercenso) pelo INDEC.
BRASIL	Evidência laboratorial de HIV no SISCEL. O País notifica casos de aids com dois testes e CD4 <350 células/mm^3. Casos de HIV são registrados pelo SISCEL e notificados apenas quando o CD4 é de <350 células/mm^3.	Evidência laboratorial de HIV no Siscel.	Este indicador sofre a influência da capacidade de detecção e notificação de casos pelos serviços e da cobertura da utilização do SISCEL e SICLOM, e por isso deve ser examinado à luz dessas limitações. Além disso, mudanças nos critérios de definição de casos de aids com fins de vigilância epidemiológica podem influenciar na evolução temporal da taxa de incidência.	Siscel.
PARAGUAI	A) Crianças a partir dos 18 meses e pessoas adultas que apresentem dois testes laboratoriais de detecção para HIV positivo ou reagente, mais um teste confirmatório. B) Crianças menores de 18 meses. B1) Criança menor de 18 meses vivendo com HIV. Todo menor de 18 meses exposto ao HIV por transmissão vertical (mãe com WB positivo), que apresente resultados positivos em duas amostras separadas (em duas ocasiões diferentes, com 6 a 8 semanas de intervalo) mediante PCR. B2) Criança menor de 18 meses vivendo com o HIV. Todo menor de 18 meses com status sorológico da mãe desconhecido, que apresente resultados positivos em teste de detecção mais duas amostras positivas (em duas ocasiões diferentes) mediante PCR.	Novos casos diagnosticados de HIV/população geral.	Sub-registro dos casos, resultados não confirmados pelo laboratório.	Ficha de notificação, cruzamento de dados de aconselhamento/ laboratório/ assistência integral e DGEEC.
URUGUAI	Definição de caso, critério laboratorial: pessoa com teste confirmatório de HIV positivo (WB).	Novos diagnósticos de HIV/100 mil.	Todos os WB positivos são notificados a partir do laboratório de referência (único para todo o país). Portanto, não existe subnotificação. Podem existir casos com um primeiro teste positivo, que sejam realmente positivos; porém, se o WB (confirmatório) não for realizado, estes não são notificados.	Formulário de notificação de HIV preenchido pelo médico e notificado pelo laboratório.

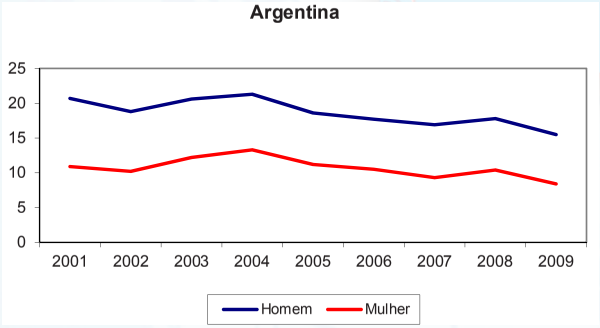
Fonte: Autoria própria.

Tabela 3.2 – Taxa anual de novos casos diagnosticados de HIV por sexo/100 mil habitantes, 2000–2009

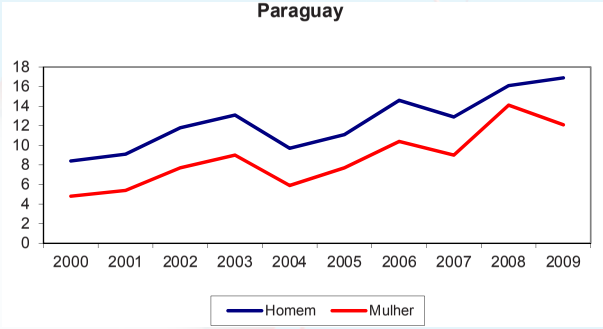
PAÍS	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Homens																				
ARGENTINA	-	-	3.763	20,7	3.448	18,8	3.826	20,6	3.984	21,3	3.521	18,6	3.378	17,7	3.258	16,9	3.457	17,8	3.047	15,5
BRASIL	-	-	-	-	46.674	-	26.211	-	31.656	-	30.841	-	24.283	-	27.810	-	25.094	-	25.475	-
PARAGUAI	227	8,4	250	9,1	333	11,8	375	13,1	284	9,7	330	11,1	444	14,6	401	12,9	508	16,1	544	16,9
URUGUAI	291	18,2	288	18	303	18,9	286	17,9	307	19,2	324	20,3	346	21,6	343	21,4	443	27,5	349	21,6
Mulheres																				
ARGENTINA	-	-	2.060	10,9	1.952	10,2	2.358	12,2	2.588	13,3	2.210	11,2	2.080	10,5	1.873	9,3	2.103	10,4	1.730	8,4
BRASIL	-	-	-	-	33.668	-	20.054	-	24.709	-	24.261	-	19.318	-	22.054	-	19.159	-	18.770	-
PARAGUAI	126	4,8	146	5,4	212	7,7	251	9	169	5,9	225	7,7	308	10,4	273	9	434	14,1	380	12,1
URUGUAI	146	8,6	160	9,4	171	10	196	11,5	218	12,8	252	14,7	271	15,8	232	13,5	329	19,1	432	25

Fonte: Argentina: Serviços de saúde e INDEC; Brasil: Siscel; Paraguai: Planilha de Notificação e Cruzamento de Dados de aconselhamento/laboratório/assistência integral e DGEEC; Uruguai: Formulário de notificação de HIV preenchido pelo médico e notificado pelo laboratório.

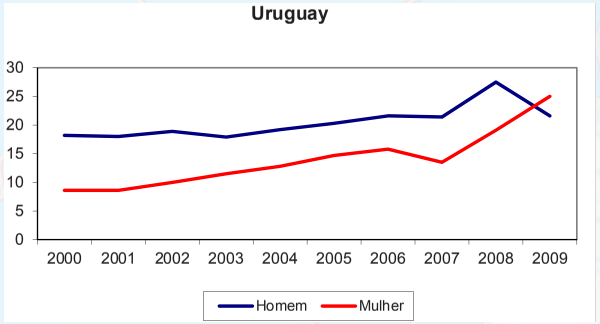
Gráfico 3.2 – Taxa anual de novos casos diagnosticados de HIV por sexo/100 mil habitantes, 2000–2009



Fonte: Argentina: Serviços de saúde e INDEC. laboratório/assistência integral e DGEEC.



Paraguai: Planilha de Notificação e Cruzamento de Dados de aconselhamento/



Fonte: Uruguai: Formulário de notificação do HIV preenchido pelo médico e notificado pelo laboratório.

Quadro 3.3 – Taxa anual de incidência de aids em menores de 5 anos

	CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO	MÉTODO DE CÁLCULO	LIMITAÇÕES	FONTES DE INFORMAÇÃO
ARGENTINA	Diagnóstico clínico (presumível ou definitivo) de qualquer primeira doença listada a seguir* com infecção pelo HIV confirmada: *Candidíase bronquial, traqueal ou pulmonar, candídiase esofágica, Coccidioidomicose disseminada ou extrapulmonar, Criptococose extrapulmonar, Criptosporidiose crônica intestinal, infecção pelo CMV (não limitada ao fígado, baço, gânglios), retinite por CMV, encefalopatia por HIV, H. Simples: úlcera crônica + um mês ou bronquite ou pneumonite ou esofagite, histoplasmose disseminada ou extrapulmonar, isosporíase crônica (intestinal >1 mês), sarcoma de Kaposi, pneumonia bacteriana de repetição, linfoma altamente maligno, linfoma primário no cérebro, micobacteriose atípica, TB disseminada ou extrapulmonar, pneumonia por P. Carinii, Lemp, septicemia decorrente de salmonella, toxoplasmose cerebral, síndrome de emaciação pelo HIV, doença de Chagas com manifestações neurológicas do SNC e/ou disseminada, TB pulmonar, câncer cervical invasivo. Em crianças acrescentam-se: infecções bacterianas múltiplas ou recorrentes, pneumonia intersticial linfoide, atraso maturacional (pondoestatural).	(Casos novos de aids notificados por ano de diagnóstico em pessoas menores de 5 anos/ População dessa faixa etária na metade do mesmo ano) x 100 mil.	Dada a queda contínua na quantidade de casos de infecção pelo HIV por transmissão perinatal, este indicador é pouco sensível como Proxy para medir a transmissão vertical e sofre, além disso, as muitas variações próprias de um numerador pequeno.	DSyETS.
BRASIL	Critério CDC adaptado: evidência laboratorial da infecção pelo HIV em crianças, para fins de vigilância epidemiológica + evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelo menos duas doenças indicativas de aids de caráter leve e/ou diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de aids de caráter moderado ou grave e/ou contagem de linfócitos T CD4+ menor do que o esperado para a idade atual ou critério excepcional óbito: menção de aids/Sida (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito + investigação epidemiológica inconclusiva ou menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito, além de doença associada à infecção pelo HIV + investigação epidemiológica inconclusiva.	(Novos casos de aids na população em menores de 5 anos por ano de diagnóstico/ População menor de 5 anos na metade do período) x 100 mil.	Este indicador sofre a influência da capacidade de detecção e notificação de casos por parte dos serviços e da cobertura do uso dos sistemas de cadastros e, por essa razão, deve ser examinado considerando essas limitações.	Casos de aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel e Siclom; IBGE.
PARAGUAI	Criança menor de 5 anos vivendo com aids: toda criança menor de 5 anos de idade que apresente evidência laboratorial da infecção pelo HIV, com uma ou mais das evidências de imunodeficiência a seguir: presença de, no mínimo, dois sinais ou eventos nosológicos que indiquem aids de caráter leve, presença de sinal ou eventos nosológicos que indiquem aids de caráter moderado/grave. Em crianças menores de 12 meses de idade com primeiro dado registrado de contagem de CD4 menor que 15%.	(Novos casos de aids na população de menores de 5 anos diagnosticados no ano/população menor de 5 anos na metade do período) x 100 mil. Critérios imunológicos: crianças de 6 a 12 anos com infecção pelo HIV confirmada, com uma contagem documentada de linfócito CD4 menor que 200/mm^3 ou % de CD4 menor que 15%.	Este indicador depende da qualidade da notificação e pode conter sub-registro.	Casos de aids notificados, casos registrados no SISFENIX e DGEEC.
URUGUAI	Critério laboratorial* + CD4 < 200 células/mm^3, ou porcentagem de linfócitos < 14%, ou critério laboratorial* + uma condição confirmatória de aids segundo definição CDC 1987/1994. *Critério laboratorial: criança < 18 meses nascida de mãe HIV positiva que apresente pelo menos dois testes positivos (excluindo sangue do cordão) de um ou mais dos seguintes testes: PCR-HIV, antígeno p24; criança >= 18 meses com anticorpos anti-HIV positivos por reagente repetido de EIA e teste confirmatório (WB).	(Novos casos de aids na população de menores de 5 anos por ano de diagnóstico/população com menos de 5 anos, no meio do período) x 100 mil.	Influenciado pela qualidade da notificação, o que pode determinar um sub-registro.	DEVISA.

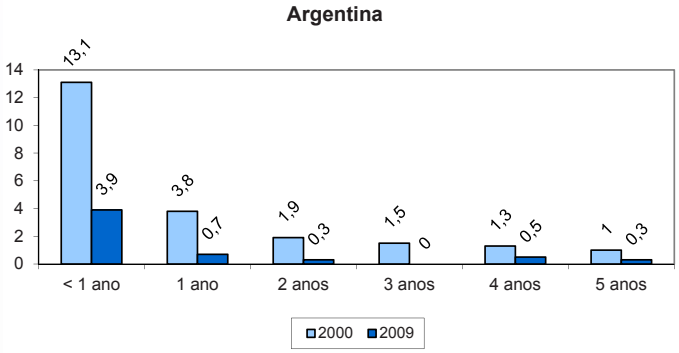
Fonte: Autoria própria.

Tabela 3.3 – Taxa anual de incidência de aids em menores de 5 anos/100 mil habitantes, segundo faixa etária, 2000–2009

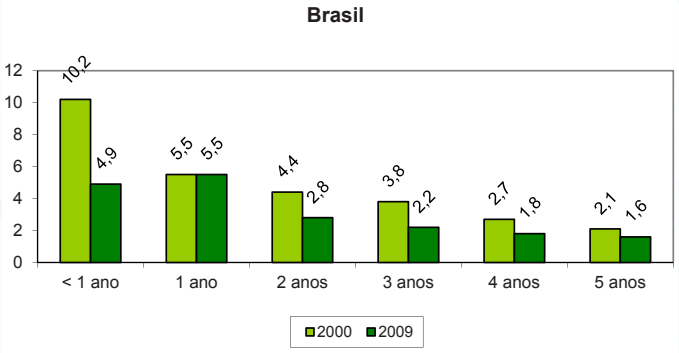
IDADE	PAÍS	2000		2009	
		Nº	Tx	Nº	Tx
<1 ano	ARGENTINA	89	13,1	27	3,9
	BRASIL	328	10,2	149	4,9
	PARAGUAI	-	-	0	0
	URUGUAI	9	18,2	6	13,2
1 ano	ARGENTINA	24	3,8	5	0,7
	BRASIL	175	5,5	170	5,5
	PARAGUAI	-	-	0	0
	URUGUAI	2	4	1	2
2 anos	ARGENTINA	13	1,9	2	0,3
	BRASIL	144	4,4	87	2,8
	PARAGUAI	-	-	2	0,5
	URUGUAI	0	0	0	0
3 anos	ARGENTINA	10	1,5	0	0
	BRASIL	126	3,8	70	2,2
	PARAGUAI	-	-	0	0
	URUGUAI	0	0	0	0
4 anos	ARGENTINA	9	1,3	3	0,5
	BRASIL	90	2,7	59	1,8
	PARAGUAI	-	-	0	0
	URUGUAI	0	0	0	0
5 anos	ARGENTINA	7	1	2	0,3
	BRASIL	74	2,1	52	1,6
	PARAGUAI	-	-	0	0
	URUGUAI	0	0	0	0

Fonte: Argentina: DSyETS; Brasil: Sinan, SIM, Siscel e Siclom e IBGE; Paraguai: Casos de aids notificados, casos registrados no SISFENIX e DGEEC; Uruguai: DEVISA.

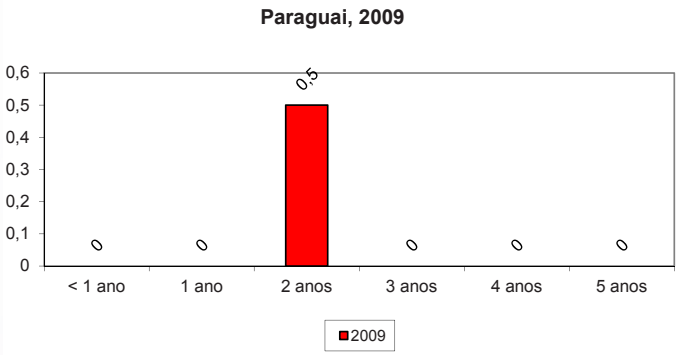
Gráfico 3.3 – Taxa anual de incidência de aids em menores de 5 anos/100 mil habitantes, segundo faixa etária, 2000–2009



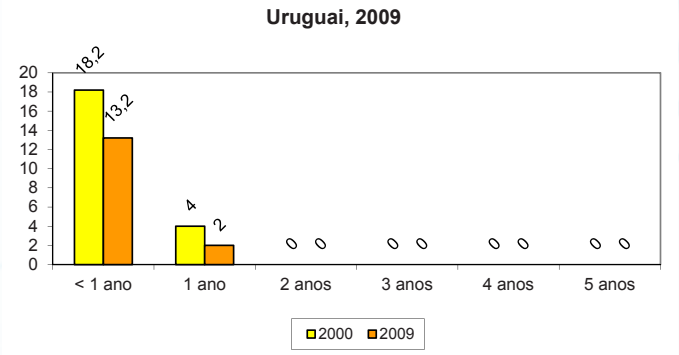
Fonte: Argentina: DSyETS.



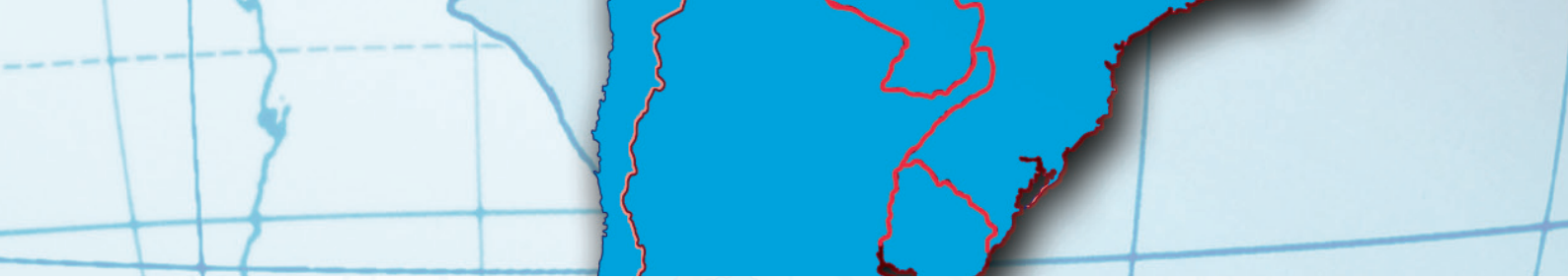
Fonte: Brasil: SINAN, SIM, SISCEL/SICLOM e IBGE.



Fonte: Paraguai: Casos de aids notificados, casos registrados no SISFENIX e DGEEC



Fonte: Uruguai: DEVISA.



Quadro 3.4 – Número anual de pessoas em TARV

	MÉTODO DE CÁLCULO	LIMITAÇÕES	FONTES DE INFORMAÇÃO
ARGENTINA	Número de adultos e crianças com infecção pelo HIV que recebem terapia antirretroviral no final do ano.	Estimativa construída a partir do número de tratamentos fornecidos pelo setor público (69% do total).	A fonte do numerador são registros do fornecimento de medicamentos da DSyETS do Ministério da Saúde da Argentina, que cobre 69% das pessoas em tratamento. Os outros 31% são uma estimativa da distribuição nos outros subsetores da Saúde: previdência social e planos de saúde.
BRASIL	Número de pacientes que receberam medicamentos em dezembro do ano referido.	Este indicador mede somente o fornecimento realizado no mês de dezembro e por essa razão não inclui pacientes em TARV por mais de um mês.	SICLOM.
PARAGUAI	Número de PVHA que estão atualmente em TARV	Pode ser influenciado pelo sub-registro e/ou os relatórios tardios e, além disso, depende de um monitoramento intenso da adesão e da mortalidade.	IMT. Planilha de tratamento da TARV, Sistema de Informação da Farmácia do IMT e Sistema de Informação de Assistência Integral às PVHA.
URUGUAI	Número de pacientes que receberam medicamentos em dezembro do ano referido.	O numerador pode ser subestimado por depender do relato dos servidores da área de saúde.	Pesquisa Nacional de Uso de Antirretrovirais e Estimativa pelo Spectrum.

Fonte: Autoria própria.

Tabela 3.4 – Número anual de pessoas em TARV, 2000–2009

PAÍS	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
ARGENTINA	14.359	17.357	21.244	25.131	29.515	30.244	35.211	38.242	42.041	42.815
BRASIL	93.414	113.191	125.175	139.868	156.670	164.547	174.270	180.640	192.535	185.982
PARAGUAI	-	-	-	-	-	471	850	1.083	1.613	2.223
URUGUAI	870	1.013	1.163	1.321	1.490	1.697	1.825	2.115	2.310	2.577

Fonte: Argentina: DSyETS; Brasil: Siclom; Paraguai: IMT e Sistema de Informação de Assistência Integral às PVHA; Uruguai: Spectrum.

Quadro 3.5 – Taxa anual de mortalidade por aids

	MÉTODO DE CÁLCULO	LIMITAÇÕES	FONTES DE INFORMAÇÃO
ARGENTINA	(Número de óbitos por aids* por ano/população desse período) x 100 mil.	Este indicador pode ser afetado pelo sub-registro de óbitos por aids causado por erros na atribuição da causa básica nos atestados.	Para óbitos: atestados de óbito da Diretoria de Estatísticas e Informação em Saúde do Ministério da Saúde da Argentina. Para população: projeções de população do INDEC.
BRASIL	(Número de óbitos por causa básica considerada aids* por ano/população na metade do período) x 100 mil.	A subenumeração e subnotificação dos óbitos por aids, como o não preenchimento correto dos formulários de atestados de óbito, podem influenciar este indicador.	SIM e IBGE.
PARAGUAI	(Número de óbitos por causa considerada aids em um ano/população na metade do período) x 100 mil.	A subnotificação e a incorreta codificação no CID-10 podem influenciar este indicador.	Notificação de óbitos por aids, cadastros dos serviços de assistência integral às PVHA.
URUGUAI	(Número de óbitos por causa básica aids* por ano/população na metade do período) x 100 mil.	Pode ser influenciado pelo preenchimento deficiente dos atestados de óbito.	Estatísticas vitais.

Fonte: Autoria própria.

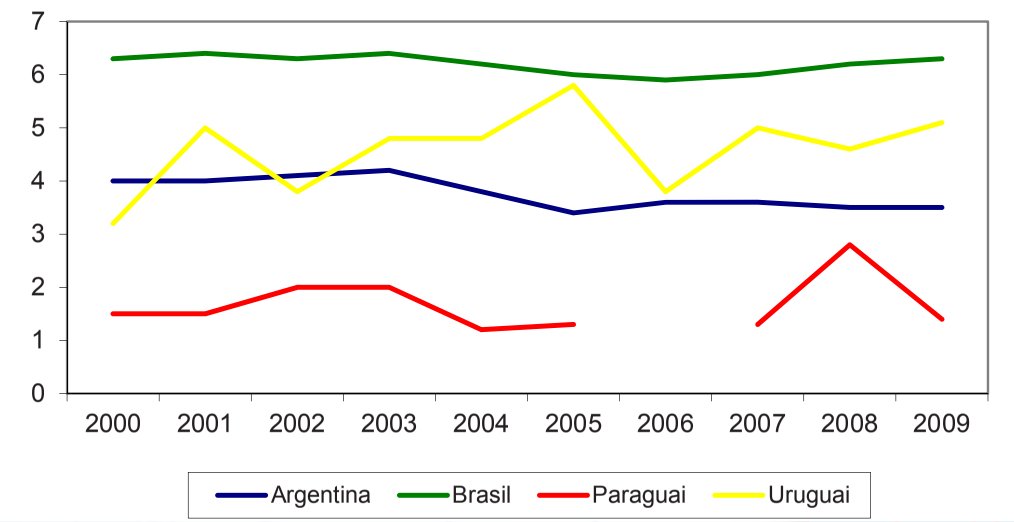
*CÓDIGOS B20 A B24 CID-10

Tabela 3.5 – Taxa anual de mortalidade por aids/100 mil habitantes, 2000–2009

PAÍS	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ARGENTINA	1.472	4	1.474	4	1.528	4,1	1.573	4,2	1.452	3,8	1.307	3,4	1.403	3,6	1.425	3,6	1.402	3,5	1.423	3,5
BRASIL	10.730	6,3	10.948	6,4	11.055	6,3	11.283	6,4	11.020	6,2	11.100	6,0	11.046	5,9	11.372	6,0	11.839	6,2	12.097	6,3
PARAGUAI	80	1,5	83	1,5	109	2	109	2	68	1,2	75	1,3	-	-	81	1,3	172	2,8	86	1,4
URUGUAI	106	3,2	163	5	125	3,8	157	4,8	157	4,8	191	5,8	127	3,8	167	5	153	4,6	171	5,1

Fonte: Argentina: DSyETS; Brasil: SIM e IBGE; Paraguai: Notificação e cadastros dos serviços de assistência às PVHA; Uruguai: Estatísticas vitais.

Gráfico 3.5 – Taxa anual de mortalidade por aids/100 mil habitantes, 2000–2009



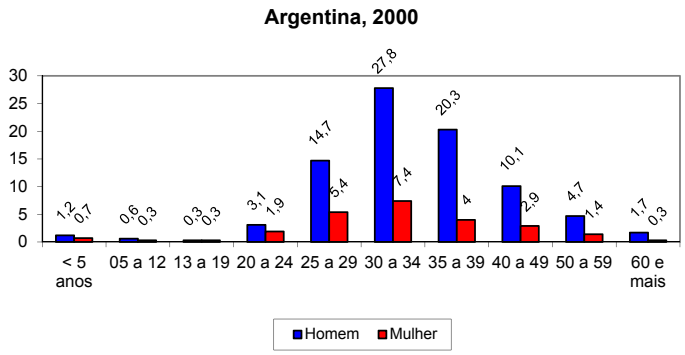
Fonte: Argentina: DSyETS; Brasil: SIM e IBGE; Paraguai: Notificação e registros dos serviços de assistência às PVHA; Uruguai: Estatísticas vitais.

Tabela 3.5.1 – Taxa anual de mortalidade por aids/100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária, 2000 e 2009

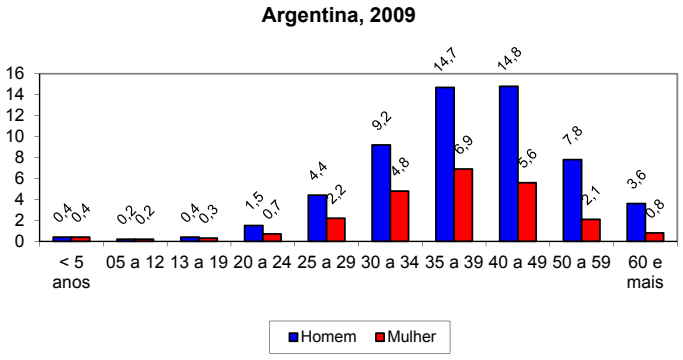
Idade	País	2000		2009		Idade	País	2000		2009	
		Nº	Tx	Nº	Tx			Nº	Tx	Nº	Tx
		Homem						Mulher			
<5 anos	Argentina	21	1,2	7	0,4	<5 anos	Argentina	12	0,7	6	0,4
	Brasil	106	1,3	24	0,3		Brasil	106	1,3	39	0,5
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
5 a 12	Argentina	16	0,6	6	0,2	5 a 12	Argentina	8	0,3	5	0,2
	Brasil	35	0,3	34	0,2		Brasil	24	0,2	23	0,2
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
13 a 19	Argentina	6	0,3	9	0,4	13 a 19	Argentina	6	0,3	7	0,3
	Brasil	55	0,4	49	0,4		Brasil	46	0,4	68	0,6
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
20 a 24	Argentina	49	3,1	24	1,5	20 a 24	Argentina	30	1,9	12	0,7
	Brasil	372	4,6	264	3		Brasil	249	3,1	174	2
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
25 a 29	Argentina	192	14,7	67	4,4	25 a 29	Argentina	72	5,4	34	2,2
	Brasil	985	14,5	754	8,6		Brasil	528	7,5	447	5
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
30 a 34	Argentina	311	27,8	137	9,2	30 a 34	Argentina	86	7,4	74	4,8
	Brasil	1.558	24,5	1.165	15,1		Brasil	626	9,4	631	8
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
35 a 39	Argentina	216	20,3	189	14,7	35 a 39	Argentina	45	4	93	6,9
	Brasil	1.557	26,1	1.350	20,6		Brasil	538	8,5	761	11
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
40 a 49	Argentina	201	10,1	321	14,8	40 a 49	Argentina	60	2,9	128	5,6
	Brasil	1.953	20,9	2.561	22		Brasil	708	7,1	1.185	9,4
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
50 a 59	Argentina	74	4,7	145	7,8	50 a 59	Argentina	24	1,4	42	2,1
	Brasil	643	10,7	1.180	14,2		Brasil	246	3,8	586	6,3
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
60 e mais	Argentina	34	1,7	87	3,6	60 e mais	Argentina	8	0,3	26	0,8
	Brasil	262	4	514	5,9		Brasil	112	1,4	242	2,2
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	-	-	-	-		Uruguai	-	-	-	-
Total	Argentina	1.120	6,4	992	5,1	Total	Argentina	351	1,9	427	2,1
	Brasil	7.540	9	7.929	8,4		Brasil	3.187	3,7	4.166	4,3
	Paraguai	-	-	-	-		Paraguai	-	-	-	-
	Uruguai	74	4,6	121	7,5		Uruguai	32	1,9	48	2,8

Fonte: Argentina: DSyETS; Brasil: SIM e IBGE; Paraguai: Notificação e cadastros dos serviços de assistência às PVHA; Uruguai: Estatísticas vitais.

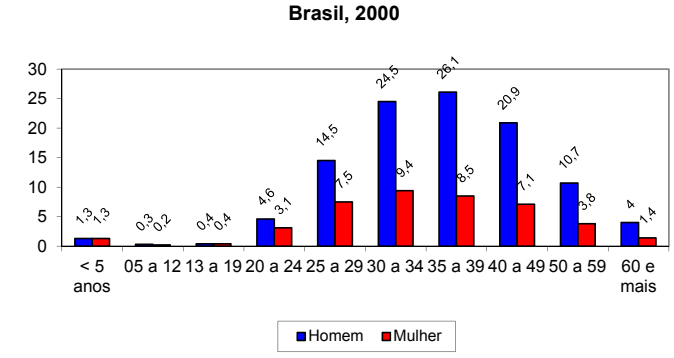
Gráfico 3.5.1 – Taxa anual de mortalidade por aids/100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária, 2000 e 2009



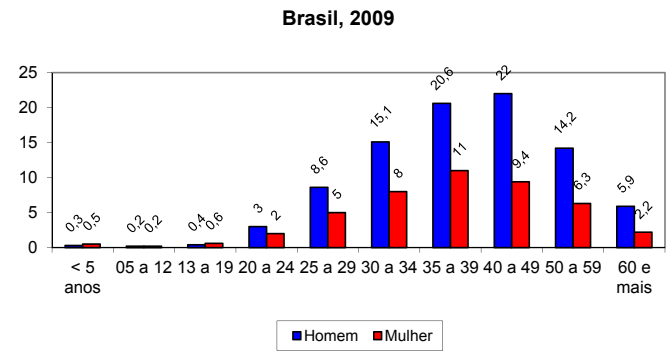
Fonte: Argentina: DSyETS.



Fonte: Argentina: DSyETS.



Fonte: Brasil: SIM e IBGE.



Fonte: Brasil: SIM e IBGE.

Quadro 3.6 – Taxa anual de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano

	MÉTODO DE CÁLCULO	LIMITAÇÕES	FONTES DE INFORMAÇÃO
ARGENTINA	(Número de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano em um determinado ano de diagnóstico e local de residência/número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano referido) x mil nascidos vivos.	A heterogeneidade na análise de definição de casos de sífilis congênita leva a variações do indicador, subestimado em alguns locais e superestimado em outros.	SNVS.
BRASIL	(Número de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano em um determinado ano de diagnóstico e local de residência/número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano referido) x mil nascidos vivos.	Considerando as dificuldades de diagnóstico da sífilis congênita, casos oligossintomáticos podem ser sub-representados.A qualidade dos dados depende das condições técnico-operacionais do sistema de vigilância epidemiológica em cada área geográfica, para detectar, notificar, investigar e realizar testes laboratoriais específicos para a confirmação diagnóstica da sífilis em gestantes e recém-nascidos.	Sinan e IBGE.
PARAGUAI	(Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano em um determinado período/ número total de nascidos vivos) x mil nascidos vivos. Formulário de notificação de sífilis congênita.	Cada criança recém-nascida, abortada ou natimorto de mãe com evidência clínica (úlcera genital ou lesões compatíveis com sífilis secundária) e/ou com teste treponêmico (incluídos os testes treponêmicos rápidos) ou não treponêmico positivo ou reagente durante a gestação, parto ou puerpério, que não tenha sido tratada ou tenha sido tratada de modo inadequado, independentemente da presença de sinais, sintomas ou resultados laboratoriais na criança. Cada recém-nascido com índice de RPR/VDRL quatro vezes maior (equivale a uma troca de duas diluições) que as taxas maternas, realizado na hora do parto. Cada recém-nascido que apresente teste não treponêmico positivo e algumas das seguintes condições: A) Manifestações clínicas que sugerem sífilis congênita em exame físico; B) Evidência de mudança na sorologia, VDRL anteriormente negativo que se torna positivo ou aumento de título de VDRL comparado com títulos anteriores; C) Evidência radiográfica de sífilis congênita.	Fichas de Notificação e PTMI.
URUGUAI	(Número de novos casos de sífilis congênita em menores de 1 ano em um determinado ano de diagnóstico e local de residência/número total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e ano em questão) x mil nascidos vivos.	Influenciado pela qualidade da notificação.	SIP e DEVISA.

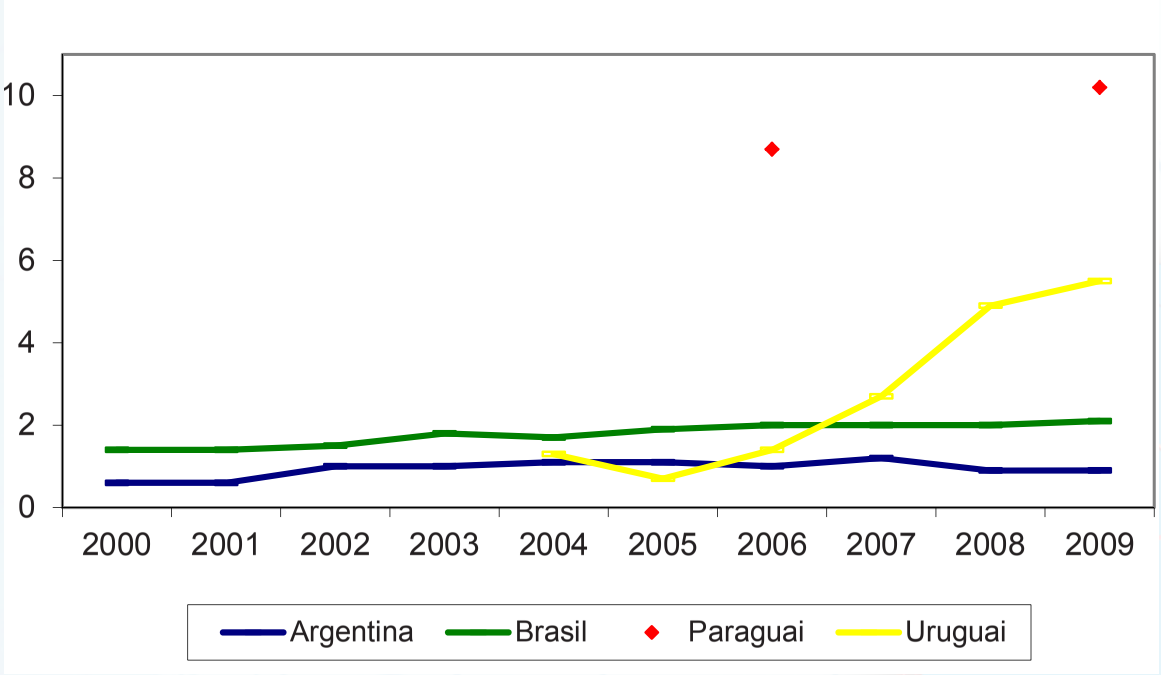
Fonte: Autoria própria.

Tabela 3.6 – Taxa anual de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano/mil nascidos vivos, 2000–2009]

PAÍS	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ARGENTINA	432	0,6	437	0,6	697	1,00	663	1,0	786	1,1	746	1,1	669	1,0	860	1,2	674	0,9	650	0,9
BRASIL	4.408	1,4	4.438	1,4	4.516	1,5	5.323	1,8	5.201	1,7	5.830	1,9	5.906	2,0	5.703	2,0	5.781	2,0	6.048	2,1
PARAGUAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	170	8,3	-	-	-	-	69	10,2
URUGUAI	-	-	-	-	-	-	-	-	64	1,3	33	0,7	67	1,4	129	2,7	231	4,9	259	5,5

Fonte: Argentina: SNVS; Brasil: SINAN e IBGE; Paraguai: PTMI; Uruguai: SIP e DEVISA.

Gráfico 3.6 – Taxa anual de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano/mil nascidos vivos, 2000–2009



Fonte: Argentina: SNVS; Brasil: Sinan e IBGE; Uruguai: SIP e DEVISA.

ANEXO A – ACORDO MERCOSUL Nº 02/02[1]

Acordo sobre a criação da Comissão Intergovernamental para promover uma Política Integrada de Luta Contra a Epidemia

TENDO EM VISTA:

O Tratado de Assunção, o Protocolo de Ouro Preto, as Decisões nº 03/95 e n° 59/00 do Conselho do Mercado Comum e o Acordo n° 05/00 da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile.

CONSIDERANDO:

Que a situação epidemiológica nos países do Mercosul, Bolívia e Chile em relação ao HIV/aids e seu impacto social, econômico e político, com repercussões diretas sobre a saúde, faz necessário otimizar esforços para o desenvolvimento das ações articuladas entre instâncias governamentais nacionais, ONGs, setor privado e organismos internacionais;

Que é necessário ampliar a acessibilidade da população aos medicamentos, considerando os requerimentos dos diferentes grupos sociais que integram a região; garantir a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos que circulam na área; promover uma cultura do uso racional dos medicamentos e criar um ambiente de pesquisa, cooperação horizontal e desenvolvimento no setor;

Que é indispensável promover e estabelecer estratégias para a organização de trocas de experiências, informações, tecnologias, desenvolvimento de instrumentos comuns de gestão e o fortalecimento dos programas nacionais;

OS MINISTROS DA SAÚDE

ACORDAM:

Art. 1° – Aprovar a criação de uma Comissão Intergovernamental (CI) para promover uma Política Integrada de Saúde Sexual e Reprodutiva na Região do Mercosul, Bolívia e Chile.

Art. 2° – Estabelecer que a Comissão Intergovernamental deve ser integrada por um representante titular e um substituto de cada estado-parte do Mercosul, Bolívia e Chile, a ser designado em um prazo não superior a 60 dias.

Art. 3° – Os governos avaliarão as possibilidades de articular, com organismos internacionais comprometidos com a temática, atividades concretas de cooperação técnica.

Art. 4° – Estabelecem-se os seguintes itens como objetivos da presente iniciativa:

a) Promover uma política integrada para enfrentar a epidemia do HIV/aids na região, por meio da criação da Comissão Intergovernamental dependente da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile.

b) Otimizar esforços para o desenvolvimento de ações articuladas entre instâncias governamentais nacionais, ONGs e organismos internacionais.

c) Promover e estabelecer estratégias para a realização de trocas de experiências, informações e tecnologias.

d) Promover o desenvolvimento de instrumentos comuns de gestão e fortalecimento dos programas nacionais.

e) Coordenar e complementar ações de vigilância epidemiológica e controle, estabelecendo critérios e parâmetros de pesquisa do HIV/aids entre os países da região.

f) Fomentar ações de educação e campanhas de informação à população geral e fortalecimento e implementação dos comitês de saúde das áreas de fronteiras.

g) Promover a troca de tecnologias e experiências para a implementação da metodologia e acesso ao diagnóstico precoce do HIV.

h) Promover o acesso das pessoas vivendo com HIV aos medicamentos antirretrovirais, medicamentos para infecções oportunistas e insumos de diagnósticos, trocando experiências e tecnologias nas áreas de produção, controle de qualidade, comercialização, leis de patentes e de genéricos, uso racional, adesão aos tratamentos.

Pela República Argentina

Pela República Federativa do Brasil

Pela República do Paraguai

Pela República Oriental do Uruguai

[1] Tradução livre.

ANEXO B – ACORDO MERCOSUL Nº 05/03[2]

"Áreas Prioritárias em HIV/Aids e Plano de Trabalho da Comissão Intergovernamental sobre HIV/Aids do Mercosul, Bolívia e Chile"

TENDO EM VISTA:

O Tratado de Assunção, o Protocolo de Ouro Preto, as Decisões n° 03/95 e n° 59/00 do Conselho do Mercado Comum e os Acordos n° 05/00 e n° 02/02 da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile.

CONSIDERANDO:

O objetivo de otimizar esforços para o desenvolvimento de ações articuladas entre instâncias governamentais nacionais, ONGs, setor privado e organismos internacionais, no âmbito da luta contra o HIV/aids;

A necessidade de delinear diretrizes para a realização de ações articuladas e troca de experiências, informações e tecnologias;

A promoção do desenvolvimento de instrumentos comuns de gestão e fortalecimento de programas regionais e nacionais na luta contra a epidemia do HIV/aids;

OS MINISTROS DA SAÚDE

ACORDAM:

Art. 1° – Aprovar o Documento de Referência "Áreas Prioritárias em HIV/Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile", que consta como Anexo I ao presente Acordo.

Art. 2° – Aprovar o Plano de Trabalho da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids (HIV/AIDS) do Mercosul, Bolívia e Chile, incluindo as prioridades para iniciativas desta CI para o ano de 2003, que consta como Anexo II ao presente Acordo.

Art. 3° – Promover o presente Acordo para análise do Conselho do Mercado Comum (CMC).

Dr. Ginés Mario González García

Ministro da Saúde da República Argentina

Dr. José Antonio Mayáns

Ministro da Saúde Pública e Bem-Estar Social da República do Paraguai

Dr. Pedro García Aspillaga

Ministro da Saúde da República do Chile

Dr. Humberto Costa Lima

Ministro da Saúde da República Federativa do Brasil

Dr. Conrado Bonilla

Ministro da Saúde Pública da República Oriental do Uruguai

Dr. Javier Torres Goitia

Pelo Ministro da Saúde da República da Bolívia

REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE DO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE (RMS)

Acordo RMS n°05/03 – Anexo I

DOCUMENTO DE REFERÊNCIA:

ÁREAS PRIORITÁRIAS EM HIV/AIDS

Objetivo Geral

Promover uma política integrada para o combate à epidemia do HIV e aids na região, por meio da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids (CIHIV/Aids) da Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul, Bolívia e Chile (RMS), criada pelo Acordo RMS Nº 02/02.

Objetivos Específicos

- Otimizar esforços para o desenvolvimento de ações articuladas entre instâncias governamentais nacionais, ONGs, setor privado e organismos internacionais.
- Promover e traçar diretrizes para a realização de intercâmbio de experiências, informações e tecnologias; e promover o desenvolvimento de instrumentos comuns de gestão e de fortalecimento dos programas nacionais.

[2] Tradução livre.

INTRODUÇÃO

A aids vem se tornando a cada dia a mais devastadora epidemia que o mundo já conheceu. Dados da Unaids estabelecem a estimativa de que existem mais de 36 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo e já se contabilizam mais de 16 milhões de óbitos. Os reflexos no campo social e econômico também são irreparáveis e as perdas nessa área somente agravam os problemas que o mundo hoje enfrenta. Na região da América Latina e Caribe, estima-se haver aproximadamente 1,4 milhão de pessoas infectadas pelo HIV, e na região que compreende os estados-partes do Mercosul concentram-se de 650 a 700 mil pessoas infectadas entre os 15 e 49 anos. Por outro lado, na mesma região, até o momento, mais de 200 mil casos de aids já foram notificados aos ministérios da Saúde.

O perfil epidemiológico da epidemia de aids na região do Mercosul, como na grande maioria dos países do mundo, vem se alterando ao longo do tempo. De um perfil quase concentrado em homens homossexuais e receptores de sangue e hemoderivados no início dos anos 80, a epidemia na região hoje, ainda que continue sendo classificada como concentrada, cada vez mais estende-se aos diversos segmentos da população. A transmissão sanguínea, devido ao uso compartilhado de seringas e agulhas, ocupa lugar de destaque na Argentina, Brasil e Uruguai e pode vir a apresentar perspectivas adversas nos demais componentes do grupo. Por outro lado, a epidemia avança em direção aos segmentos mais vulneráveis da população, tendência esta constatada pela "pauperização" e "feminização", ademais da "interiorização" e perspectivas potenciais de "ruralização". Esse perfil determina esforços especiais tanto no campo da prevenção como na assistência aos infectados e enfermos.

Sabe-se, também, que um dos maiores facilitadores da infecção pelo HIV é a presença de doença sexualmente transmissível (DST). Segundo dados da OMS/Opas, 900 mil pessoas infectam-se por dia com uma DST, e a cada ano ocorrem aproximadamente 330 milhões de casos novos de DST no mundo, principalmente nas áreas de maior concentração de casos de HIV/aids, e na mesma faixa etária da infecção pelo HIV. Entre os objetivos do controle das DSTs estão a interrupção de sua cadeia de transmissão e a redução do risco de se adquirir o HIV.

Os entraves para o controle adequado das DSTs são muitos, e variam desde a dificuldade de reconhecimento dos sintomas, principalmente entre as mulheres (frequentemente mais assintomáticas que os homens), até a falta de acesso ao sistema de saúde, passando pela questão do medo da estigmatização, da qualidade dos serviços e do desconhecimento ou não percepção do risco.

A vigilância epidemiológica das DSTs ainda não tem a atenção devida na região do Mercosul como um todo, e com as atividades de implementação da informação e da acessibilidade aos serviços de saúde, deve-se buscar uma melhora do nível de notificação dos casos.

Os esforços dos governos nacionais em uma ação concentrada envolvendo instâncias governamentais nacionais, organizações não governamentais e agências internacionais, alcançaram importantes êxitos nas áreas da prevenção, assistência, direitos humanos, legislação e produção industrial na área de medicamentos, principalmente de antirretrovirais. Esses fatos fazem da região do Mercosul uma área extremamente privilegiada no que se refere à contribuição e ao intercâmbio de tecnologias apropriadas e cientificamente avaliadas, possibilitando, desse modo, maior eficiência na utilização dos recursos públicos. Por outro lado, o Mercosul tem sido um fórum apropriado para a tomada de decisões em diversas áreas de interesse comum aos estados-partes e associados, possibilitando sua adoção de modo homogêneo segundo os parâmetros preestabelecidos.

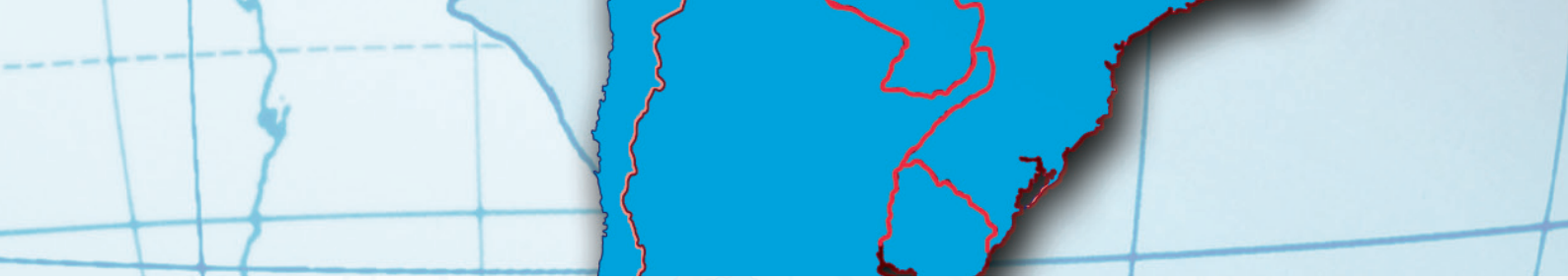
Na área de DST, HIV e aids, levando-se em consideração a diversidade e amplitude dos temas envolvidos, foram definidos pelas áreas técnicas dos estados-partes e associados, de comum acordo, para um processo inicial de discussão, alguns tópicos prioritários relacionados a seguir.

ÁREAS TEMÁTICAS PRIORITÁRIAS

1 Vigilância Epidemiológica

a) Definição de casos de aids para os estados-partes, estabelecendo critérios e parâmetros de investigação que permitam a comparação de tendências epidemiológicas.

b) Sistemas de vigilância da infecção pelo HIV/aids e de gestantes infectadas e crianças expostas. A vigilância e a prevenção da transmissão vertical do HIV são hoje compromissos éticos de todo profissional de saúde envolvido na prevenção e controle da epidemia do HIV/aids, além de representarem uma medida extremamente factível e eficaz. Desse modo, os programas nacionais de DST/aids necessitam monitorar a transmissão vertical do HIV, assim como adotar as medidas cabíveis para o seu controle.



c) Intercâmbio de informações provenientes dos sistemas de vigilância epidemiológica, incluindo a constituição de banco de dados com informações e indicadores comuns. O intercâmbio de informações dos sistemas de vigilância e dos bancos de dados epidemiológicos permitiria aumentar o conhecimento sobre a dinâmica da epidemia nos países-membros do Mercosul e subsidiar medidas de controle no âmbito das ações nacionais e de cooperação internacional. Atualmente, quando se faz referência às epidemias dos países vizinhos, utilizam-se dados estimados da Unaids. Com a disponibilidade dos bancos de dados para os demais estados-partes seria possível utilizar dados reais de notificação e não mais estimativas, muitas vezes super ou subestimadas.

d) Monitoramento de comportamentos relacionados à infecção pelo HIV em populações vulneráveis ou de risco acrescido.

2 Promoção à Saúde

a) Projetos de intervenção em segmentos específicos da população de fronteiras, migrantes e populações móveis, com especial atenção às questões relativas ao uso indevido de drogas. O envolvimento de organizações da sociedade civil e o fortalecimento de redes regionais para ampliar a resposta aos segmentos populacionais mais atingidos pela epidemia se revestem de fundamental importância e representa uma das estratégias cruciais para o combate à epidemia da aids. Esse é um campo de prática no qual os países têm acumulado experiências bem-sucedidas na área de prevenção, mas que ainda requer o estabelecimento de mecanismos de cooperação mais efetivos. Outro aspecto relevante é o compromisso social das empresas que têm na constituição do Conselho Empresarial em HIV/Aids do Mercosul uma estrutura de apoio para implementação de programas e de difusão de experiências para a região, a partir do incentivo à criação de conselhos locais.

b) Ações de educação e campanhas de informação à população geral e fortalecimento e implementação dos comitês de saúde das áreas de fronteira. Essa proposta se justifica pela situação de risco e vulnerabilidade das populações que residem em áreas de fronteiras e cidades-polos, pois expressam redes diferenciadas de interação social, mobilidade espacial, migração sazonal e elevadas taxas de infecção de DST e outras doenças transmissíveis. A existência dos comitês de saúde de áreas de fronteiras é importante para o fortalecimento da cooperação técnica horizontal no âmbito local, envolvendo a participação dos municípios prioritários.

c) Intercâmbio de experiências e tecnologias na área de prevenção, possibilitando o aprimoramento e a sustentabilidade das ações e a redução dos custos relativos à aquisição de insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, lubrificantes, entre outros). Essa ação deve ser acompanhada de investimentos no campo da ciência e tecnologia, fortalecendo a capacidade de resposta e oportunidade regional na oferta de bens, serviços e conhecimentos, voltados para a melhoria das condições de saúde da população, em particular das pessoas que vivem com HIV/aids. Nesse campo, é prioritária a cooperação técnica na área de ciência e tecnologia voltada para a produção de medicamentos e de pesquisa de vacinas.

d) Fortalecimento das ações desenvolvidas pelo setor privado, por meio da consolidação do Conselho Empresarial em HIV/Aids do Mercosul.

3 Assistência

No sentido de garantir que os indivíduos infectados pelo HIV, portadores de outras DSTs e a população geral tenham acesso aos procedimentos de diagnóstico, assistência e tratamento, identificaram-se as seguintes áreas temáticas prioritárias:

a) Intercâmbio de tecnologias e experiências para a implementação das metodologias e acesso ao diagnóstico precoce do HIV, considerando a necessidade de evitar o diagnóstico tardio, com consequente redução dos custos financeiros e sociais, e aprimorar a informação aos profissionais e à população.

b) Intercâmbio de experiências e tecnologias para a assistência e tratamento de pessoas portadoras de HIV/aids, melhorando a qualidade de vida, e adoção de práticas de saúde com boa relação custo/efetividade, levando em consideração que as DSTs são consideradas como um dos principais fatores facilitadores na transmissão do HIV. A disponibilização de modalidades de assistência que priorizam o cuidado ambulatorial contribui, entre outros, para a diminuição da quantidade e duração das internações e para a redução da necessidade de tratamentos mais complexos, com um aumento efetivo do bem-estar dos portadores de HIV/aids.

c) Acesso a medicamentos antirretrovirais, medicamentos para infecções oportunistas e insumos diagnósticos, troca de experiências e tecnologias nas áreas de produção, controle de qualidade, comercialização, leis de patentes e de genéricos, manejo logístico dos medicamentos, normas técnicas de fornecimento de antirretrovirais e seu uso racional, adesão ao tratamento e estudos de farmacoeconomia, considerando o menor preço dos medicamentos antirretrovirais. Também devem ser

consideradas a falta de especificações de matéria-prima e do produto acabado da maior parte dos medicamentos antirretrovirais por parte das indústrias farmacêuticas nacionais e internacionais; a necessidade de garantir a qualidade dos medicamentos fornecidos aos pacientes de aids e dos insumos de diagnóstico; e a urgência em regular e controlar a distribuição e promover o uso correto dos medicamentos.

d) Intercâmbio para o aprimoramento de ações de prevenção e controle da sífilis congênita e redução da transmissão vertical do HIV, considerando que a prevalência de sífilis nas gestantes tem se mostrado significativa na região como um todo e que a taxa de óbitos fetal ainda é alta nos casos de sífilis adquirida durante o período gestacional.

e) Intercâmbio de informações sobre a situação da atenção às pessoas vivendo com HIV/aids em regiões de fronteira e sobre a cobertura das ações de assistência e de seus resultados, considerando-se a mudança do perfil epidemiológico dos municípios de áreas de fronteira; o aumento do número de casos de transmissão pela via sanguínea devido ao uso compartilhado de agulhas e seringas, principalmente na fronteira entre Brasil e Argentina; o avanço da epidemia em segmentos mais vulneráveis da população (pauperização, feminização e interiorização); e o grande fluxo migratório e turístico na região.

4 Legislação e Direitos Humanos

a) Adoção de normas nas áreas de migração, trabalho, assistência e tratamento da saúde e outras áreas relacionadas à garantia dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids.

b) Intercâmbio de informações e experiências para a promoção dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/aids, usuários de drogas, pessoas confinadas e outras populações vulneráveis e migrantes entre os estados-partes.

5 Pesquisa e vacinas anti-HIV/aids

a) Desenvolvimento de protocolos de pesquisa entre os países nas áreas consideradas prioritárias.

b) Intercâmbio de informações e de bancos de dados relativos às tendências da epidemia, comportamento e práticas sociais, sexuais e de uso de drogas.

c) Implantação de protocolos de investigação para o desenvolvimento de vacinas anti-HIV e aids, incluindo oficinas de trabalho para disseminar informação e tecnologia de monitoramento de variabilidade do HIV, na avaliação laboratorial de marcadores da resposta imunológica, estudos de soroincidência, estudos clínicos com indivíduos com infecção recente, estudos comportamentais de aceitabilidade de testes com vacinas, ensaios clínicos de fases 1 e 2 e preparação do campo para eventuais ensaios de fase.

6 Esses protocolos devem seguir as recomendações vigentes da Declaração de Helsinki para estudos envolvendo seres humanos.

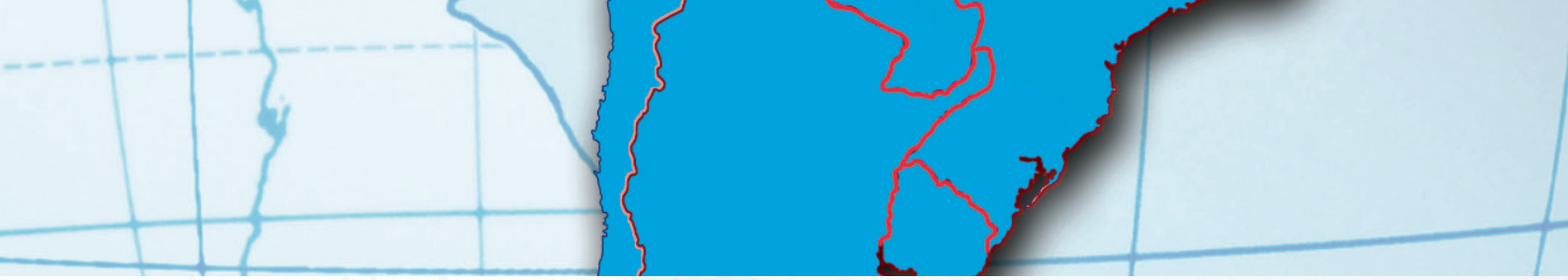
REUNIÃO DE MINISTROS DA SAÚDE DO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE

Acordo RMS Nº 05/03 – Anexo II

PLANO DE TRABALHO DA COMISSÃO INTERGOVERNAMENTAL DE HIV/AIDS DO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE (CIHIV/AIDS)

Atividade	Coordenação	Prazo
1 Estabelecer metodologia para a compatibilização de informações epidemiológicas entre os países do Mercosul, Chile e Bolívia, à qual deverá constar de uma publicação sobre a estrutura de Vigilância Epidemiológica na sub-região.	Chile	Outubro 2003
2 Organizar seminário sobre Metodologias Inovadoras de Prevenção com Populações Vulneráveis.	Brasil e Uruguai	Dezembro 2003
3 Participação dos países do Mercosul no processo de negociação conjunta de preços de insumos de prevenção e assistência em saúde da área Andina, Mercosul e México no âmbito do convênio.	Brasil	Junho 2003 (parcialmente realizado)
4 Implementar as sugestões da Oficina de Planejamento Estratégico em Prevenção da Transmissão Vertical, realizada em novembro de 2002.	Chile	Novembro 2003
5 Realizar levantamento sobre acesso a medicamentos ARV, medicamentos para infecções oportunistas e insumos para diagnóstico e monitoramento do HIV, estabelecendo estratégias regionais de controle de qualidade e unificação de parâmetros de monitoramento e indicadores na sub-região.	Argentina	Outubro 2003

Continua



Continuação

Atividade	Coordenação	Prazo
6 Estabelecer processos conjuntos entre os países do Mercosul, Bolívia e Chile para promover a assistência e prevenção do HIV/aids e outras DSTs em regiões de fronteira, veiculando os resultados em uma publicação sub-regional.	Paraguai e Brasil	Dezembro 2003
7 Promover a participação dos países do Mercosul no Banco de Preços de Medicamentos da América Latina e do Caribe.	Brasil e Argentina	Novembro 2003
8 Promover a discussão e definição de prioridades do Mercosul, Bolívia e Chile sobre o impacto da propriedade intelectual e das determinações dos Acordos de Trips na Alca, OMC, Resoluções da OMS, entre outros.	Brasil	Fevereiro 2003

Antecedentes e facilitadores

- Grupo de Cooperação Técnica Horizontal, que reúne os Programas Nacionais de Aids da América Latina e Caribe.
- Projetos para ações conjuntas em áreas de fronteira na área de promoção à saúde e de assistência.
- Cooperação Bilateral entre países integrantes do Mercosul.
- Atuação de organismos internacionais na região: Unaids, Unesco, Opas e Unodc.

O Mercosul tem constituído um fórum apropriado para a tomada de decisões em diversas áreas de interesse comuns aos estados-partes, possibilitando, assim, a adoção dessas decisões de modo homogêneo, segundo os parâmetros preestabelecidos. Tendo em vista a criação de um espaço no qual possam ser discutidos os aspectos de maior interesse dos estados-partes e associados sobre HIV/aids, houve uma reunião, em 12 de setembro de 2000, por iniciativa da Unaids, com a Comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e Passagens de Fronteira, na qual a proposta apresentada foi bem recebida.

Em consequência, as Coordenações Nacionais do Mercosul receberam a incumbência de preparar um documento que abrangesse as áreas temáticas de maior interesse, em que uma política de ação integrada, no âmbito sub-regional, maximizasse as respostas nacionais diante da aids. Durante a XI Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, realizada em São Paulo, de 10 a 11 de dezembro de 2000, foi considerada a relevância do tema e decidiu-se aprofundar o documento elaborado pelas coordenações nacionais, incorporando-se o tema de DST, bem como efetuar um levantamento atualizado de indicadores epidemiológicos da aids nos países da sub-região.

Apoio:

Organização Pan-Americana da Saúde

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

SUS
Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA