

UM QUARTO PARA A PREVENÇÃO?

INVESTIMENTOS DO FUNDO MUNDIAL EM INTERVENÇÕES
DE PREVENÇÃO DO VIH EM EPIDEMIAS GENERALIZADAS EM
ÁFRICA

DOCUMENTO DE REFLEXÃO
JUNHO DE 2017

SUMÁRIO EXECUTIVO.....	3
INTRODUÇÃO.....	4
ANTECEDENTES E CONTEXTO	8
METODOLOGIA.....	11
RESULTADOS	13
<i>Análise dos Pedidos de Financiamento</i>	13
<i>Análise de Acordos de Subvenção Assinados</i>	14
REFLEXÃO	20
<i>Análise da tendência</i>	20
<i>Variáveis explicativas</i>	21
<i>Cidades na Via Rápida</i>	23
<i>Financiamento de Outras Fontes</i>	25
CONCLUSÃO E CAMINHO A SEGUIR.....	29
<i>Recomendações e Oportunidades para Campanhas.....</i>	29
ANEXOS	30
REFERÊNCIAS.....	34

COMO CITAR ESTA OBRA

Oberth, G., Torres, M.A, Mumba, O., O'Connor, M. (2017). Um Quarto para a Prevenção? Investimentos do Fundo Mundial em Intervenções de Prevenção do VIH em Epidemias Generalizadas em África. Documento de reflexão. ICASO & EANNASO. Toronto: Canadá; Arusha: Tanzânia.

Em Julho de 2016, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA) anunciou que os esforços mundiais para conseguir chegar a menos de 500 mil novos casos de infecção por VIH até 2020 não iam ter o resultado previsto. Manifestamente, desde 2010, o número de novos casos de infecção entre adultos permanece inalterado, isto é, aproximadamente 1,9 milhões de casos por ano em todo o mundo.

Esta paralisação do avanço na prevenção ocorre ao mesmo tempo em que o mundo se prepara para cumprir ambiciosos objectivos mundiais para reduzir drasticamente o número de novos casos de infecção e erradicar a epidemia enquanto ameaça à saúde pública em 2030. Em Novembro de 2014, a ONUSIDA estabeleceu as metas mundiais da iniciativa ‘Via Rápida’, para acelerar o progresso contra a SIDA, incluindo metas para chegar a menos de 500 mil novos casos de infecção entre adultos em 2020 e menos de 200 mil novos casos de infecção entre adultos até 2030. Com base na modelagem da ONUSIDA, pôr fim à SIDA custará US\$25 mil milhões por ano até 2030. Um pouco mais do que um quarto deste montante (26%) representa os recursos necessários para prevenção.

O Fundo Mundial de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária é uma importante fonte de financiamento para respostas ao VIH e uma fonte fundamental de investimentos em prevenção em África. Até 2015, o Fundo Mundial apoiou 3,6 milhões de mulheres grávidas seropositivas a obter profilaxia ARV, para prevenir a transmissão aos fetos e distribuiu 5,3 mil milhões de preservativos.¹ A nova estratégia do Fundo Mundial (2017-2022) está em sintonia com os objectivos mundiais, incluindo a Via Rápida. Será que o Fundo Mundial está a investir “um quarto para a prevenção” em África?

Para responder a esta pergunta, foram examinados os pedidos de financiamento e as subvenções assinadas de uma amostra de 25 países africanos ao longo do ciclo de financiamento do Fundo Mundial 2014-2016 para isolar os respectivos orçamentos destinados à prevenção do VIH. Da amostra de 25 países, foram analisados os pedidos de financiamento de 23 países e acordos de subvenção de outros 15. Alguns dos documentos não estavam publicamente disponíveis.

Dos 23 pedidos de financiamento analisados, uma média de 16% do financiamento total solicitado foi especificamente destinado à prevenção do VIH. Dez países solicitaram pelo menos “um quarto para a prevenção”, dedicando 26% ou

mais do total de pedidos de financiamento para intervenções de prevenção do VIH. Os outros 13 apresentaram pedidos de financiamento para prevenção inferiores a 26%. O pedido para prevenção das Maurícias foi o maior (proporcionalmente), com 67%, e o pedido para prevenção de Moçambique foi o menor, com 3%.

Dos 15 acordos de subvenção assinados que foram analisados, uma média de 15% do total de financiamento investido foi destinado à prevenção do VIH – ligeiramente inferior aos 16% solicitados. Apenas em dois países – o Botsuana e a Libéria – pelo menos 26% do orçamento das subvenções do Fundo Mundial foi destinado a intervenções de prevenção do VIH. A subvenção da Libéria tinha a maior proporção de financiamento para prevenção ao VIH, 38%, enquanto Moçambique apresentou a menor, 4%. Em países que compõem a amostra, 71% do financiamento para prevenção (BP) do VIH é implementado por um Beneficiário Principal ligado ao governo, 24% por uma BP da sociedade civil e 5% por um BP ligado a uma agência da ONU.

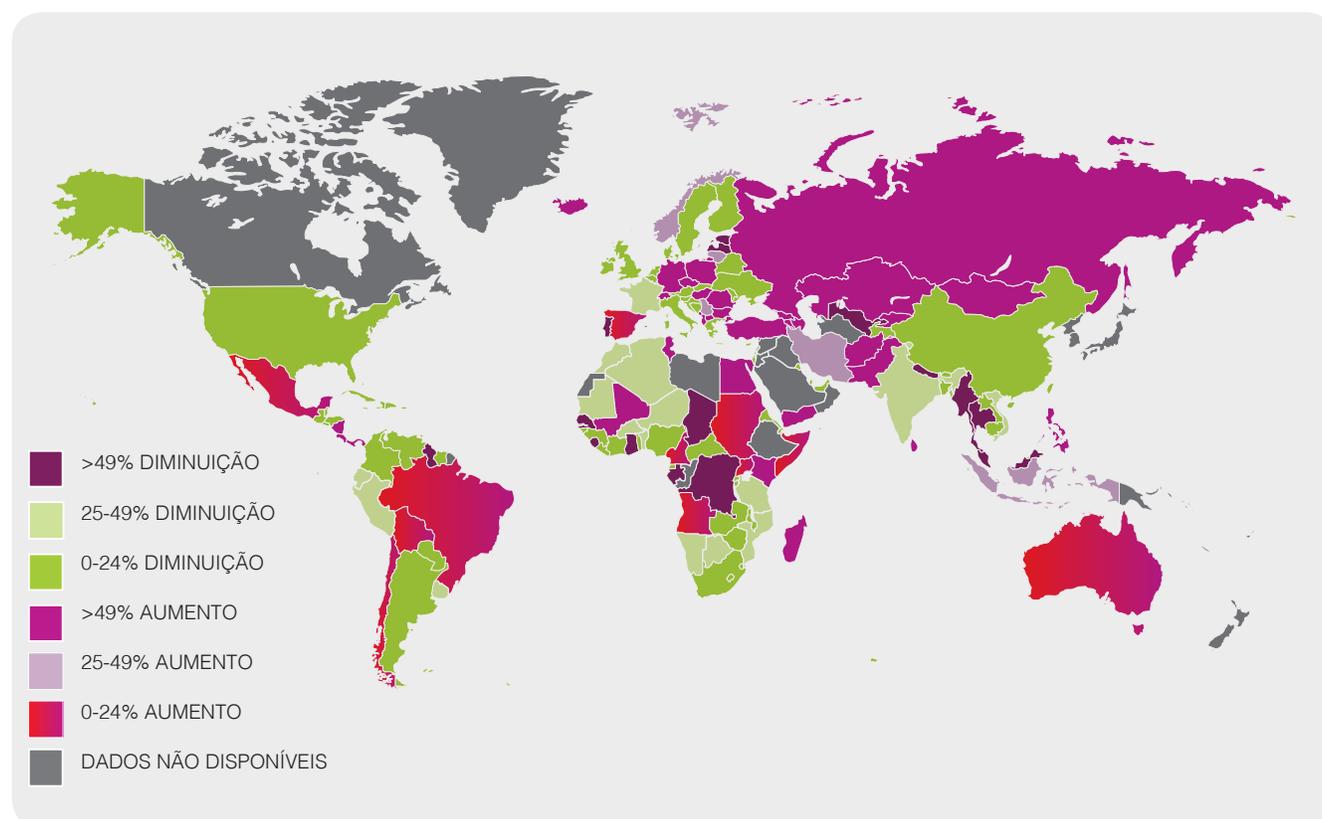
Existe uma correlação significativa entre o número anual de novos casos de infecção por VIH num país e o valor do financiamento para prevenção solicitado do Fundo Mundial ($r=.782^{**}$, $p=.000$). Isto sugere que os pedidos de financiamento estão em larga medida em conformidade com a incidência da doença. Existe também uma correlação significativa entre a riqueza do país, expressa em termos de PIB per capita e a proporção de financiamento solicitado para prevenção ($r=.696^{**}$, $p=.000$). É provável que tal se deva ao facto de os países mais ricos terem capacidade de recorrer a financiamento interno para financiar as despesas incorridas com tratamento, assim libertando uma maior parte do financiamento do Fundo Mundial para actividades de prevenção.

Para que o Fundo Mundial realize os seus objectivos de prevenção do VIH consagrados na sua nova estratégia, é necessário aumentar os investimentos do Fundo Mundial na prevenção do VIH em África a partir dos níveis actuais (de aproximadamente 15%) em relação ao nível de referência da ONUSIDA de 26%. Parte da solução reside em incentivar os países a fazerem pedidos com valores mais elevados para a prevenção do VIH de países. Campanhas por parte da sociedade civil e comunidades são absolutamente vitais, especialmente em instar os países a solicitarem um maior financiamento para prevenção do VIH para populações-chave e adolescentes e mulheres jovens.

INTRODUÇÃO

Em Julho de 2016, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA) anunciou que os esforços mundiais para conseguir chegar a menos de 500 mil novos casos de infecção por VIH até 2020 não iam ter o resultado previsto. Manifestamente, desde 2010, o número de novos casos de infecção entre adultos permanece inalterado, isto é, aproximadamente 1,9 milhões de casos por ano em todo o mundo. No entanto, nem todos os países registaram avanços estatísticos na prevenção. Na África subsaariana – onde ocorrem 65% de todos os novos casos de infecção em todo o mundo – existem grandes disparidades no avanço da prevenção. Por exemplo, a variação em termos de novos casos de infecção por VIH de 2005 a 2015 entre os adultos foi uma diminuição de mais de 49% na República Democrática do Congo e no Senegal, mas novos casos de infecção aumentaram na mesma proporção no Quênia e em Madagáscar (Figura 1).

FIGURA 1: VARIAÇÃO PERCENTUAL DE NOVOS CASOS DE INFECÇÃO POR VIH ENTRE ADULTOS (COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 15 ANOS), DE 2005 A 2015²



Existem outras disparidades, estas relativas a população e a localização. As adolescentes na África do Sul têm oito vezes mais chances de contrair o VIH do que os seus pares masculinos.³ Trabalhadores do sexo na Etiópia têm uma prevalência do VIH de 24,3 – mais de 16 vezes a média nacional adulta de 1,5%.^{4,5} No Zimbábue, a incidência do VIH é de 2,5% em Bulawayo, em comparação com menos de 1% em grande parte do resto do país.⁶

Esta paralisação do avanço na prevenção ocorre ao mesmo tempo em que o mundo se prepara para cumprir ambiciosos objectivos mundiais para reduzir drasticamente o número de novos casos de infecção e erradicar a epidemia enquanto ameaça à saúde pública em 2030. Em Novembro de 2014, a ONUSIDA estabeleceu as metas mundiais da iniciativa 'Via Rápida', para acelerar o progresso contra a SIDA. A Via Rápida inclui metas de tratamento, prevenção e discriminação que embora ambiciosas são realizáveis (Tabela 1).

TABLE 1: FAST-TRACK TARGETS FOR ENDING THE AIDS EPIDEMIC

BY 2020	BY 2030
90-90-90 Tratamento ⁷	95-95-95 Tratamento
Menos de 500,000 novos casos de infecção entre adultos	Menos de 200,000 novos casos de infecção entre adultos
Discriminação Zero	Discriminação Zero

Estima-se que o cumprimento dos objectivos da Via Rápida levará a uma redução de 28 milhões de casos de infecção por VIH entre 2015 até 2030. O modelo visa um retorno equivalente a 15 vezes o valor investido no combate ao VIH, incluindo uma poupança de \$24 mil milhões em outros custos relativos ao tratamento do VIH com base em infecções evitadas.⁸

A agenda da iniciativa Via Rápida centra-se em grande parte no primeiro conjunto de metas (90-90-90). Embora a ampliação do tratamento seja crítica, isto não representa toda a situação. De facto, as metas de tratamento 90-90-90 deverão permitir a prevenção de cerca de 60% de todos os novos casos de infecção por VIH até 2020. Os outros 40% dos novos casos de infecção por VIH devem ser evitados através de outros métodos de prevenção.⁹

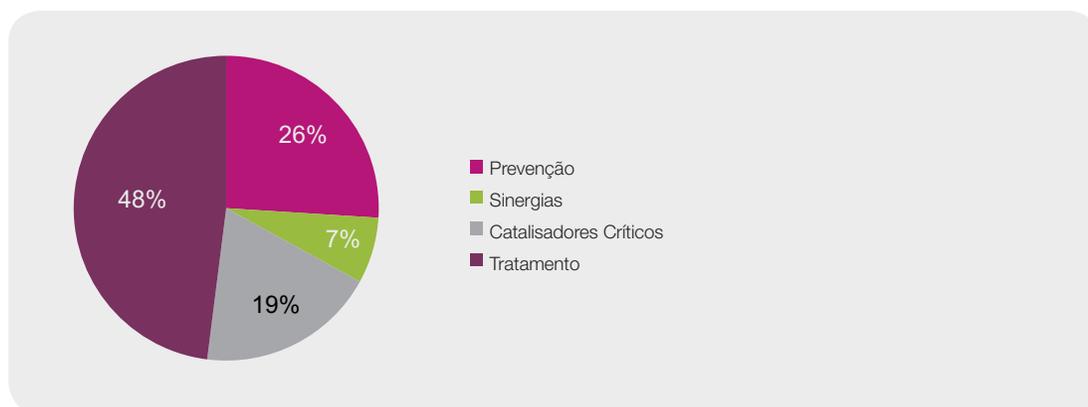
Muitos países africanos adoptaram o segundo conjunto de metas Via Rápida, com ênfase na prevenção do VIH. O Roteiros da Revolução para a Prevenção do VIH no Quénia é um plano subnacional detalhado voltado para intervenções de prevenção específicas e localizadas.¹⁰ O Roteiro para a Revitalização da Prevenção do VIH do Zimbábue conta com sete estratégias para revitalizar a prevenção de modo a chegar a zero novos casos de infecção até 2030, e com os recursos necessários para a prevenção.¹¹ O Plano Nacional do VIH do Trabalhador do Sexo da África do Sul visa envolver 70 mil profissionais do sexo e garantir que pelo menos 95% destes usem preservativos com clientes e parceiros e que a violência em razão do género seja reduzida por 50%.¹²

A Declaração Política da ONU sobre VIH e SIDA de 2016 consagra os objectivos contemplados na Via Rápida na qualidade de compromissos nacionais vinculativos.¹³ Na declaração, os países comprometem-se a: redobrar esforços não discriminatórios na prevenção do VIH; acelerar os esforços para ampliar a educação abrangente cientificamente fundamentada e adequada à idade da população alvo; saturar áreas com alta incidência do VIH com intervenções de prevenção combinada; garantir que a inclusão das necessidades e os direitos humanos de pessoas com deficiência; e eliminar barreiras, incluindo o estigma e a discriminação em ambientes de cuidados de saúde. É

importante salientar que a Declaração também incentiva os países a garantir recursos financeiros adequados para a prevenção, o que equivale a no mínimo um quarto do montante gasto com a SIDA em todo o mundo, e que esta despesa seja direccionada a medidas de prevenção fundamentadas em evidências.

Com base na modelagem da ONUSIDA, estima-se que realização a iniciativa Via Rápida exigirá uma média de US\$25 mil milhões por ano até 2030. Deste valor, 26% será para necessário para financiar os recursos para a prevenção (Figura 2).

FIGURA 2: NECESSIDADES MUNDIAIS EM TERMOS DE RECURSOS PARA FAZER FACE À SIDA ATÉ 2020 ¹⁴



A maioria dos novos casos de infecção por VIH ocorre na África subsaariana, mas o financiamento nacional dos governos africanos não corresponde ao que é necessário para a prevenção do VIH. A região depende em larga medida de doadores externos para financiar campanhas de informação sobre o VIH, distribuição de preservativos, circuncisão masculina voluntária (CMV) e campanhas voltadas para jovens e populações-chave.¹⁵

O Fundo Mundial de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária é um importante financiador de actividades de combate ao VIH em África e uma importante fonte de investimento na prevenção. Até 2015, o Fundo Mundial apoiou 3,6 milhões de mulheres grávidas seropositivas a receber profilaxia ARV para prevenir a transmissão para os fetos e distribuíram 5,3 mil milhões de preservativos.¹⁶ No mesmo ano, 65% de todos os recursos do Fundo Mundial foram para países na África subsaariana.

A Estratégia do Fundo Mundial (2017-2022) está harmonizada com os objectivos mundiais, incluindo os objectivos da Via Rápida apresentados na Tabela 1. Além disso, existem vários indicadores de desempenho (KPI) institucionais que o Fundo Mundial definiu no que diz respeito à prevenção do VIH (Tabela 2).

TABELA 2: INDICADORES-CHAVE DE DESEMPENHO DO FUNDO MUNDIAL EM MATÉRIA DE PREVENÇÃO NA ESTRATÉGIA PARA 2017-2022¹⁷

INDICADOR DE PREVENÇÃO DO VIH	META DO FUNDO MUNDIAL
Redução percentual em novos casos de infecção / (taxas médias para as três doenças)	38% (28-47%) durante o período 2015-2022
Número de homens circuncidados	22 (19-26) milhões durante o período 2017-2022
Índice de populações-chave alvo do pacote de tratamento e serviços de prevenção fundamentados em evidências apropriados aos contextos epidemiológicos nacionais	75% dos países escolhidos até 2019
Percentagem de redução na incidência do VIH em mulheres entre os 15-24 anos	58% (47-64%) durante o período 2015-2022
Percentagem de investimento em subvenções assinadas para o VIH e VIH/Tuberculose especificamente destinado a programas voltados para populações-chave	39% durante o período 2017-2019

Embora o Fundo Mundial não tenha uma meta relativa a despesas na prevenção do VIH, existem dois indicadores chave de desempenho relacionados a rubricas específicas em subvenções assinadas:

- Investimento em subvenções assinadas para o VIH e VIH/Tuberculose destinadas a programas que visam a redução de barreiras ao acesso em termos de direitos humanos representará 2,85% para o período 2017-2019.
- Investimento em subvenções assinadas para o VIH e VIH/Tuberculose destinadas a programas voltados para populações-chave representará 39% para o período 2017-2019.

À luz das metas mundiais da Via Rápida, o gasto na prevenção sugerido (26%) e a importância dos investimentos do Fundo Mundial na prevenção em África, é importante perguntar: o Fundo Mundial está a investir “um quarto para a prevenção”? Tendo em conta a nova Estratégia do Fundo e os ambiciosos KPI de prevenção do VIH, é necessário examinar esta questão de forma contínua, para garantir que o Fundo realize os seus objectivos e a agenda Via Rápida se torne uma realidade.

ANTECEDENTES E CONTEXTO

No VIH, o peso da doença é tipicamente expresso em termos de prevalência. No entanto, é igualmente importante analisar os indicadores de prevenção (índices e taxas de novos casos de infecção, taxas de uso do preservativo), para avaliar o estado de prevenção e lacunas num determinado país (Tabela 3).

TABELA 3: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO – INDICADORES DE PREVENÇÃO DO VIH DO PAÍS (2015) ¹⁸

PAÍS	NÚMERO DE NOVOS CASOS DE INFECÇÃO	TAXA DE INCIDÊNCIA	NÚMERO DE CIRCUNCISÕES MASCULINAS REALIZADAS	USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL ENTRE PESSOAS (15-49) COM MÚLTIPLOS PARCEIROS SEXUAIS	CONHECIMENTOS SOBRE A PREVENÇÃO DO VIH ENTRE JOVENS (15-24)
ÁFRICA DO SUL	380,000	1.44	485,552	Sem dados	Sem dados
ANGOLA	26,000	0.19	Sem dados	Sem dados	Sem dados
BOTSUANA	9700	0.94	15,722	Sem dados	Sem dados
CABO VERDE	<200	0.06	Sem dados	Sem dados	Sem dados
ETIÓPIA	Sem dados	Sem dados	Sem dados	0	28.35
GANÁ	13,000	0.08	Sem dados	17.5	22.2
GUINÉ-BISSAU	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	22.3
LESOTO	18,000	1.88	25,966	46.4	35.5
LIBÉRIA	1600	0.06	Sem dados	20.7	33.5
MADAGÁSCAR	6300	0.05	Sem dados	2.0	33.9
MALAUI	33,000	0.38	108,672	35.4	41.9
MAURÍCIAS	<500	0.04	Sem dados	50.7	31.8
MOÇAMBIQUE	81,000	0.71	198,340	26.9	34.9
NAMÍBIA	7800	0.68	18,549	Sem dados	58.3
NIGÉRIA	Sem dados	Sem dados	Sem dados	64.5	24.4
QUÊNIA	78,000	0.35	207,014	0	Sem dados
SERRA LEOA	2500	0.07	Sem dados	9.6	29.1
SOMÁLIA	3000	0.05	Sem dados	Sem dados	Sem dados
SUAZILÂNDIA	11,000	2.36	12,952	71.53	55.96
SUDÃO DO SUL	15,000	0.22	Sem dados	Sem dados	Sem dados
TANZÂNIA	54,000	0.21	435,302	Sem dados	43.4
UGANDA	83,000	0.51	556,546	30.1	38.4
ZÂMBIA	60,000	0.85	222,481	27.1	43.9
ZANZIBAR	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
ZIMBÁBUE	64,000	0.88	188,732	44.3	54.7

O efeito de analisar os números absolutos é revelador para a agenda da prevenção. Existem mais do dobro de novos casos de infecção por VIH em Angola – um país do qual não se fala muito em termos de discussões em torno do VIH – em comparação com o Botsuana, um dos exemplos mais citados, mais estudados. Mesmo o Sudão do Sul tem 50% mais novos casos de infecção por ano do que o Botsuana.

É também expectável que a taxa de incidência da Suazilândia abrande, levando em conta que é cinco vezes maior que a média dos países africanos que fazem parte desta amostra. Mesmo entre os países com tamanhos de população e taxas de prevalência do VIH semelhantes, tal como o Lesoto e o Botsuana, a Suazilândia destaca-se em termos de taxas de novos casos de infecção.

Mas talvez de ainda maior importância, o número de novos casos de infecção na África do Sul é espantoso – 380 mil por ano.

Na recente reunião de peritos sobre a implementação da prevenção do VIH em 15 países que aderiram à Via Rápida, realizada a 23-24 de Março de 2017 em Victoria Falls, no Zimbábue, o Director Executivo em exercício do Fundo Mundial, Marijke Wijnroks, fez um apelo à acção no que diz respeito à prevenção do VIH. Na verdade, um dos principais objectivos da reunião foi explorar oportunidades de aumentar os investimentos para a prevenção do VIH na região da África Oriental e Austral, incluindo através dos próximos pedidos ao Fundo Mundial para o ciclo de financiamento 2017-2019.

Apesar dos países africanos reconhecerem que a prevenção é uma prioridade e do empenho de parceiros como o Fundo Mundial no apoio a iniciativas deste género, continua a ser difícil passar da retórica à realidade. Diferentes necessidades concorrem por parcelas de orçamentos para o VIH já sobrecarregados e ambientes jurídicos e políticos restritivos podem limitar a capacidade do Fundo Mundial de investir na aceleração da prevenção em África. Segue uma lista de algumas das barreiras ao aumento de investimentos do Fundo Mundial para prevenção do VIH:

Em muitos países africanos, as subvenções do Fundo Mundial são frequentemente inflexíveis, o que limita as oportunidades de ampliação de iniciativas de prevenção no contexto da atribuição de verbas. Por exemplo, nas actuais subvenções destinadas a Moçambique, 87% do total de US\$222,5 milhões está destinado exclusivamente ao módulo orçamental destinado a actividades de Tratamento, Assistência e Apoio. No pedido de financiamento mais recente do Zimbabué (para o ciclo de financiamento 2017-2019), cerca de 70% de um pedido no valor de US\$630 milhões foi destinado exclusivamente à aquisição de medicamentos essenciais e produtos de saúde, e 20% foi destinado à retenção de recursos humanos críticos para saúde e gestão de programas. Esta pressão sobre a atribuição de recursos no país deixa pouca margem para a priorização da prevenção do VIH.

Populações-chave são muitas vezes criminalizadas, limitando (ou mesmo às vezes proibindo) investimentos do Fundo Mundial em prevenção entre estes grupos de alto risco. Estudos mostram ainda que a criminalização do comportamento entre pessoas do mesmo sexo está vinculada a estimativas de índices implausivelmente baixos de HSH e dados imprecisos sobre a abrangência de serviços.¹⁹ Isso afecta negativamente o aceleração da prevenção. Na Tanzânia, o governo suspendeu alguns programas de prevenção do Fundo Mundial especificamente voltados para HSH, aludindo num comunicado oficial a “leis, costumes e tradições” do país como razão.

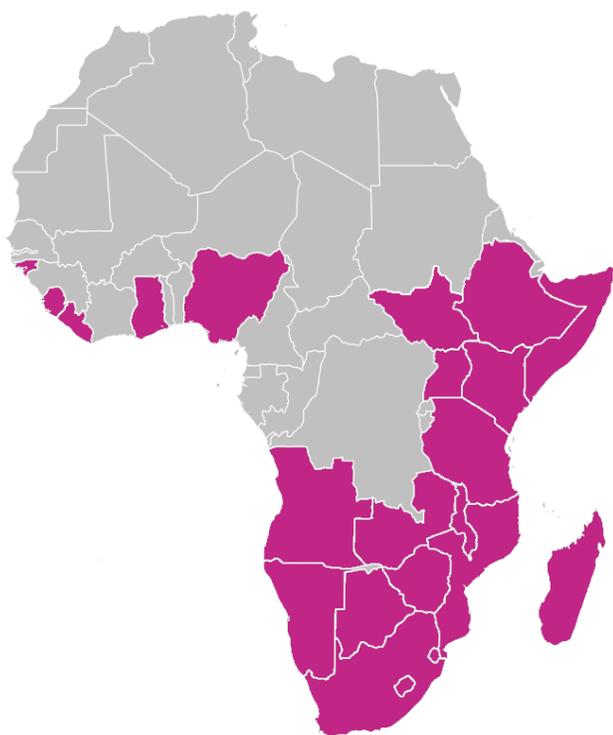
Nem sempre há uma imagem clara para se saber se está a ser investido “um quarto para a prevenção”. Há poucos estudos e acompanhamento de orçamentos que incidem exclusivamente sobre financiamento para a prevenção do VIH, o que limita o impacto de campanhas para aumentar o financiamento.

PERGUNTAS A QUE O ESTUDO RESPONDE

1. Os países africanos estão a solicitar “um quarto para prevenção” em pedidos de financiamento ao Fundo Mundial?
2. O Fundo Mundial está a investir “um quarto para a prevenção” nas subvenções destinadas ao VIH e VIH/ Tuberculose em África?
3. Que proporção do financiamento solicitado para prevenção está incluída nas subvenções assinadas?
4. As despesas actuais do Fundo Mundial com a prevenção do VIH são mais altos ou mais baixos do que no passado?
5. O valor do financiamento solicitado/ concedido para a prevenção é justificado por quaisquer factores epidemiológicos ou económicos (incidência do VIH, nível de rendimento do país, etc.)?
6. Qual é o papel da sociedade civil e dos grupos comunitários na agenda de prevenção do Fundo Mundial?

METODOLOGIA

A search was performed for HIV and TB/HIV Global Fund signed grant agreements from a sample of 25 African countries over the 2014-2016 funding cycle.



25 PAÍSES AFRICANOS INCLUÍDOS NA AMOSTRA DO ESTUDO

África do Sul	Namíbia
Angola	Nigéria
Botsuana	Quênia
Cabo Verde	Serra Leoa
Etiópia	Somália
Gana	Sudão do Sul
Guiné-Bissau	Suazilândia
Lesoto	Tanzânia
Libéria	Uganda
Madagáscar	Zâmbia
Malauí	Zanzibar
Maurícias	Zimbábue
Moçambique	

Estes 25 países africanos foram seleccionados com base em vários factores:

1. Peso da doença, com equilíbrio entre países de prevalência mais elevada e países com menor prevalência.
2. Países que são predominantemente de língua inglesa e de língua portuguesa (área de actuação do ICASO e do trabalho da EANNASO em África).
3. Disponibilidade de dados, em conjugação com a exclusão de países que não seguiram a abordagem modular do Fundo Mundial (ou seja, o Ruanda).
4. Um equilíbrio entre regiões, para incluir países da África Oriental, Ocidental e Austral.

Da amostra de 25 países, foram analisados os pedidos de financiamento de 23 países. Destes pedidos de financiamento, 17²⁰ foram consultados no site do Fundo Mundial e 6²¹ através de parceiros a nível nacional (pois não se encontravam disponíveis ao público online). Foi possível ter acesso aos acordos de subvenção assinados de 15 países.²² Alguns dos acordos de subvenção não estavam disponíveis ao público no site do Fundo Mundial, e alguns tinham sido digitalizados a uma resolução muito baixa e os orçamentos estavam ilegíveis.

Os 23 pedidos de financiamento e 15 acordos de subvenção assinados foram analisados para determinar o valor destinado à prevenção do VIH. A análise dos pedidos de financiamento inclui pedidos previstos em atribuições, como

pedidos feitos acima do previsto pelas atribuições. Os orçamentos destinados à prevenção do VIH são definidos como módulos de prestação de serviços de prevenção:

Módulos Orçamentais do Fundo Mundial incluídos da Definição de “Prevenção do VIH” usada neste Estudo²³

- Programas de prevenção para a população geral
- Programas de prevenção para homens que fazem sexo com homens e populações transexuais²⁴
- Programas de prevenção para profissionais do sexo e clientes
- Programas de prevenção para pessoas que injectam drogas e parceiros
- Programas de prevenção para outras populações vulneráveis
- Programas de prevenção para adolescentes e jovens, na escola e fora da escola

Reconhece-se que o financiamento disponibilizado por via de outros módulos do orçamento do Fundo Mundial pode contribuir directa ou indirectamente para a prevenção do VIH. Por exemplo, o financiamento da terapia ART no módulo orçamental ‘Tratamento, Assistência e Apoio’, tem um efeito preventivo, pois muitos estudos demonstraram que a ampliação do tratamento para pessoas que vivem com o VIH pode ajudar a prevenir novos casos de infecção entre os seus parceiros sexuais. Além disso, o financiamento ao abrigo do módulo orçamental ‘Fortalecimento de Sistemas Comunitários’ e o módulo ‘Remoção de Barreiras de Ordem Jurídica’ podem afectar o trabalho de prevenção do VIH. Apesar de reconhecer este facto, apenas os módulos de prestação de serviços de prevenção directa foram incluídos nesta análise, numa tentativa de ser o mais sistemático quanto possível.

Para aprofundar os resultados, foram exploradas diversas variáveis epidemiológicas e estruturais, assim como temas para reflexão sobre prioridades de prevenção específicas e o papel da sociedade civil e das comunidades. As variáveis epidemiológicas e estruturais sobre a taxa de incidência do VIH, o número de novos casos de infecção, o uso de preservativos, o número de circuncisões masculinas e o conhecimento do VIH entre os jovens (de novo a Tabela 3), o número de pessoas a receber ART e a riqueza do país foram analisados com software de análise estatística SPSS, para apurar quaisquer associações a níveis de financiamento para a prevenção do VIH em pedidos de financiamento e acordos de subvenção assinados. Outros temas para reflexão foram explorados com recurso a metodologias qualitativas.

Análise dos Pedidos de Financiamento

Da amostra de 25 países, foram consultados 23 pedidos de financiamento para o VIH e VIH/Tuberculose, através do site do Fundo Mundial ou directamente de parceiros a nível nacional. Os 23 países solicitaram um total de US\$4.259.233.917 em pedidos de financiamento para o VIH ou VIH/Tuberculose. Do total, um montante de \$668.662.399 destinava-se a módulos centrados na prevenção, o que representa 16% do total de fundos solicitados. A maior parcela estava destinada à prevenção entre a população geral, um valor de US\$361.541.418 solicitado para este módulo. Em seguida estavam os programas de prevenção para adolescentes e jovens, na escola e fora da escola, com um valor de \$132.345.794. Os montantes solicitados para populações-chave, incluindo profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, transexuais e pessoas que injectam drogas, eram muito menores.

Entre os 23 países examinados, 10 países solicitaram “um quarto para a prevenção”, dedicando pelo menos 26% do financiamento total solicitado a intervenções de prevenção do VIH (conforme o objectivo recomendado pela ONUSIDA). Os outros 13 apresentaram pedidos de financiamento para prevenção inferiores a 26%. Consultar a Tabela 4 para ver o pedido de financiamento para prevenção de cada país, expresso em proporção ao pedido de financiamento total para o VIH ou VIH/Tuberculose ao Fundo Mundial para o ciclo de financiamento 2014-2016.

TABELA 4: PROPORÇÃO DOS PEDIDOS DE FINANCIAMENTO AO FUNDO MUNDIAL EM 2014-2016 ESPECIFICAMENTE DESTINADA A INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DO VIH

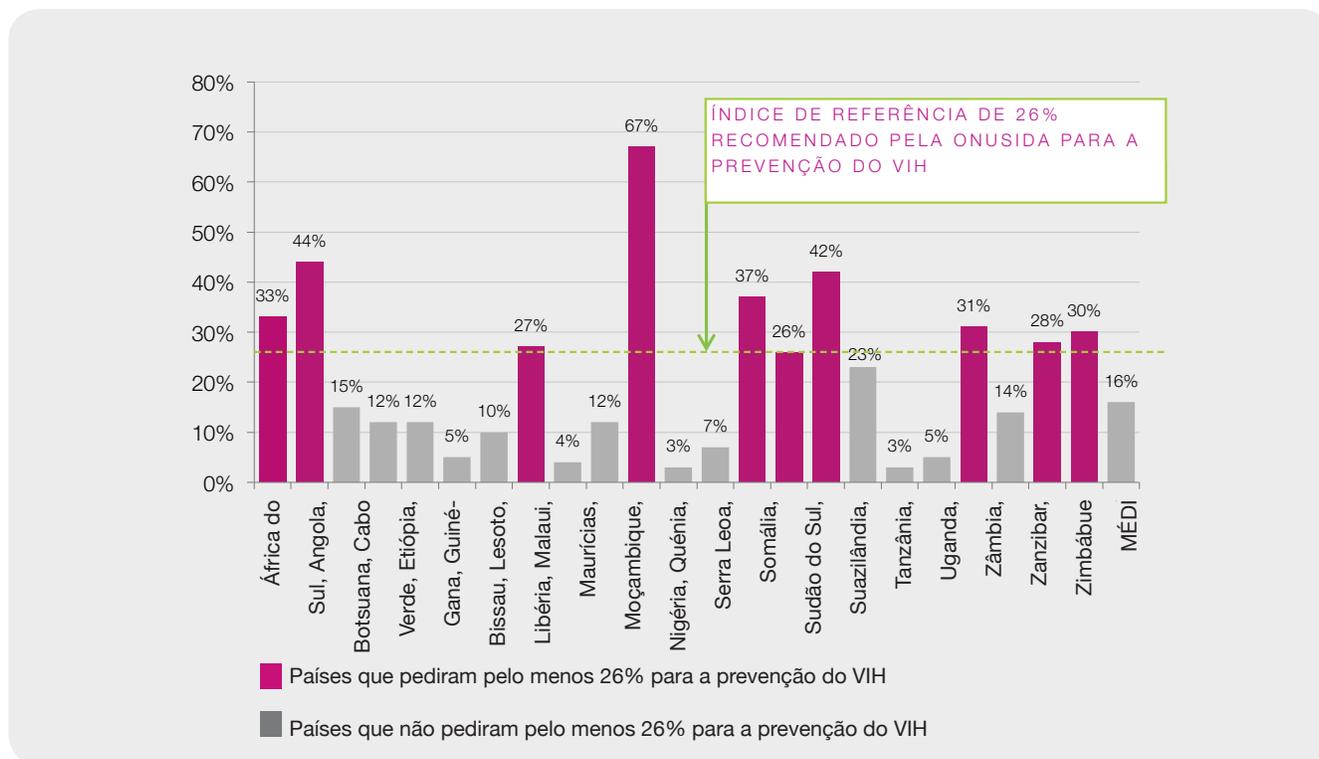
PAÍSES QUE PEDIRAM “UM QUARTO PARA A PREVENÇÃO”		PAÍSES QUE NÃO PEDIRAM “UM QUARTO PARA A PREVENÇÃO”	
África do Sul (42%)	Somália (26%)	Cabo Verde (15%)	Nigéria (7%)
Angola (33%)	Uganda (31%)	Etiópia (12%)	Quénia (10%)
Botsuana (44%)	Zanzibar (31%)	Gana (12%)	Suazilândia (3%)
Lesoto (27%)	Zimbábue (30%)**	Guiné-Bissau (5%)	Sudão do Sul (23%)
Maurícias (67%)		Libéria (4%)*	Tanzânia (5%)
Serra Leoa (37%)*		Malawi (12%)	Zâmbia (17%)
		Moçambique (3%)	
Madagáscar (Sem dados)			
Namíbia (Sem dados)			

* Foi apresentado um pedido de financiamento abreviado devido a um surto de Ébola

** Diz respeito ao pedido de financiamento incentivador de 2015, não o pedido original feito em 2013

Embora o número de países que pediu um quarto para a prevenção (10) e o número que não pediu (13), é comparável a Figura 3 mostra grandes variações entre países em termos do valor dos pedidos.

FIGURA 3: PROPORÇÃO DOS PEDIDOS DE FINANCIAMENTO AO FUNDO MUNDIAL EM 2014-2016 PARA O VIH E VIH/TUBERCULOSE ESPECIFICAMENTE DESTINADA A INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DO VIH



O maior pedido para prevenção em termos absolutos veio do Uganda, que solicitou US\$154.936.410 para prevenção. Isto foi em grande parte resultado de um pedido acima da atribuição prevista para os programas de prevenção para a população geral (\$127,795,597).

O maior pedido para prevenção veio das Maurícias, que destinou 67% do financiamento total solicitado a programas de prevenção. O próximo valor mais elevado para a prevenção do VIH em termos de proporção veio do Botsuana, com 44%. A África do Sul ficou em terceira posição, com 42%. Por serem países com nível de rendimento médio alto, o Fundo Mundial exige que as Maurícias, Botsuana e África do Sul demonstrem que os pedidos de financiamento destinam 100% do orçamento a populações que não têm suficiente acesso a serviços e de maior risco e/ ou em intervenções de maior impacto. Os países de rendimento baixo médio devem demonstrar que pelo menos 50% do orçamento é destinado a essas áreas.

O menor pedido para prevenção em termos absolutos veio de Cabo Verde, que solicitou US\$355.922 para prevenção. Como o país mais pequeno da amostra em termos de população e o país com a atribuição mais baixa do Fundo Mundial, isto não é surpreendente. Em termos de proporção, os menores pedidos para programas de prevenção do VIH vieram de Moçambique (3,1%) e da Suazilândia (3,5%). O PEPFAR (Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA) é um investidor importante na prevenção do VIH em Moçambique e na Suazilândia, o que pode ter um impacto nas lacunas de prevenção que ainda precisam ser financiadas pelo Fundo Mundial.

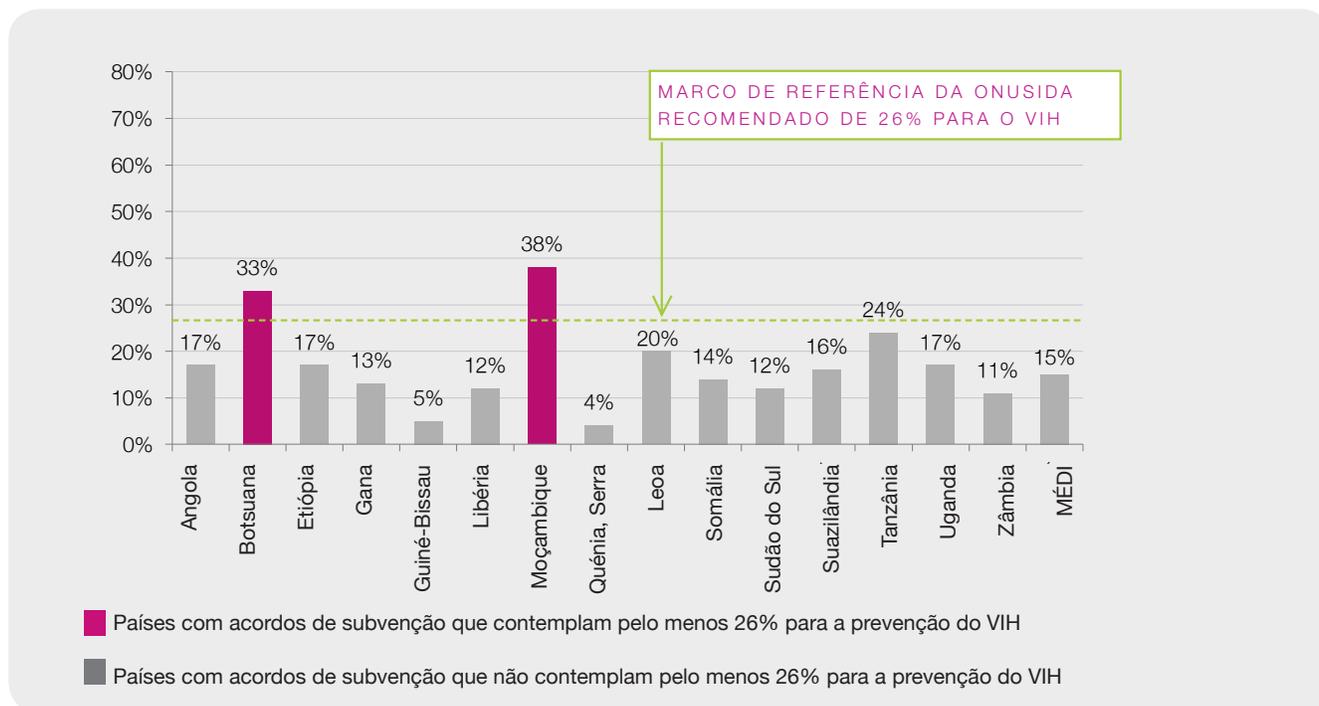
Análise de Acordos de Subvenção Assinados

Dos 25 países incluídos neste estudo, 15 têm acordos de subvenção assinados publicamente disponíveis, acessíveis no site do Fundo Mundial. Em apenas dois destes países – o Botsuana e a Libéria – pelo menos um quarto das subvenções assinadas com o Fundo Mundial para o VIH ou VIH/Tuberculose para o ciclo 2014-2016 é especificamente destinado a intervenções de prevenção do VIH.

TABLE 5: PROPORTION OF COUNTRIES 2014-2016 GLOBAL FUND SIGNED GRANT AGREEMENTS WHICH ARE DEDICATED TO HIV PREVENTION INTERVENTIONS

PAÍSES ONDE O FUNDO MUNDIAL ESTÁ A INVESTIR “UM QUARTO PARA A PREVENÇÃO”	PAÍSES ONDE O FUNDO MUNDIAL NÃO ESTÁ A INVESTIR “UM QUARTO PARA A PREVENÇÃO”	
Botsuana (33%)	Angola (17%)	Somália (14%)
Libéria (38%)	Etiópia (17%)	Suazilândia (16%)
	Gana (13%)	Sudão do Sul (12%)
	Guiné-Bissau (5%)	Tanzânia (24%)
	Moçambique (4%)	Uganda (17%)
	Quênia (12%)	Zâmbia (11%)
	Serra Leoa (20%)	
	África do Sul (Sem dados)	
	Cabo Verde (Sem dados)	
	Lesoto (Sem dados)	
	Madagáscar (Sem dados)	
	Malawi (Sem dados)	
	Maurícias (Sem dados)	
	Namíbia (Sem dados)	
	Nigéria (Sem dados)	
	Zanzibar (Sem dados)	
	Zimbábue (Sem dados)	

FIGURA 4: PROPORÇÃO DOS ACORDOS NACIONAIS DE SUBVENÇÃO ASSINADOS COM O FUNDO MUNDIAL PARA O VIH E VIH/TUBERCULOSE PARA O PERÍODO 2014-2016 ESPECIFICAMENTE DESTINADA A INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DO VIH



Em geral, nos 15 países avaliados, 69% do financiamento solicitado para prevenção foi incluído em subvenções assinadas. Em números reais, foi solicitado US\$381.267.152 para prevenção e \$262.657.839 foi incluído nas subvenções assinadas. Isto significa que 31% do financiamento possível para prevenção é ‘perdido’ entre a apresentação do pedido de financiamento e a assinatura das subvenções. Em dólares, isto representa uma ‘fuga’ de \$118.609.313 do financiamento possível para prevenção durante a fase de subvenção. É claro que muitos países solicitaram montantes significativos de financiamento acima do previsto para atribuições destinadas a prevenção, o que provavelmente não será financiado devido à limitação de recursos do Fundo Mundial. Além disso, parte do financiamento solicitado estava possivelmente destinada a intervenções que o Painel de Revisão Técnica não considerou tecnicamente sólidas.

Na amostra, quatro países – Angola, Serra Leoa, Somália e Uganda – solicitaram “um quarto para a prevenção” em pedidos de financiamento, mas as subvenções assinadas acabaram por estar abaixo do limite de 26% recomendado pela ONUSIDA. A queda mais acentuada de financiamento para prevenção entre o pedido e a subvenção ocorreu em Angola: 33% do financiamento solicitado foi especificamente destinado a intervenções de prevenção do VIH, mas apenas 17% do valor na subvenção assinada tem esta finalidade.

Por contraste, um dos países – a Libéria – não pediu “um quarto para a prevenção”, mas a subvenção final inclui intervenções de prevenção com um valor superior a 26% do total. Na verdade, a Libéria solicitou apenas 4% para a prevenção do VIH, mas a subvenção assinada destina 38% do financiamento à prevenção do VIH.

Proporcionalmente, o financiamento para prevenção para populações-chave aqui definidas como HSH e transexuais, profissionais do sexo e PID – tinha menos probabilidade de ser incluído em subvenções assinadas do que o financiamento global para prevenção. Analisando os 15 países em que tanto os pedidos de financiamento quanto as subvenções

estavam disponíveis, o valor solicitado para populações-chave foi US\$75.033.149 e US\$50.112.666 foi incluído nas subvenções assinadas. Isto representa 67% do financiamento solicitado para prevenção entre populações-chave que foi incluído em subvenções assinadas – um pouco menos do que os 69% de todas as intervenções de prevenção.

FIGURE 5: TOTAL AMOUNT OF HIV PREVENTION FUNDING IN GLOBAL FUND FUNDING REQUESTS AND SIGNED GRANT AGREEMENTS IN 15 AFRICAN COUNTRIES (2014-2016 FUNDING CYCLE), BY COUNTRY

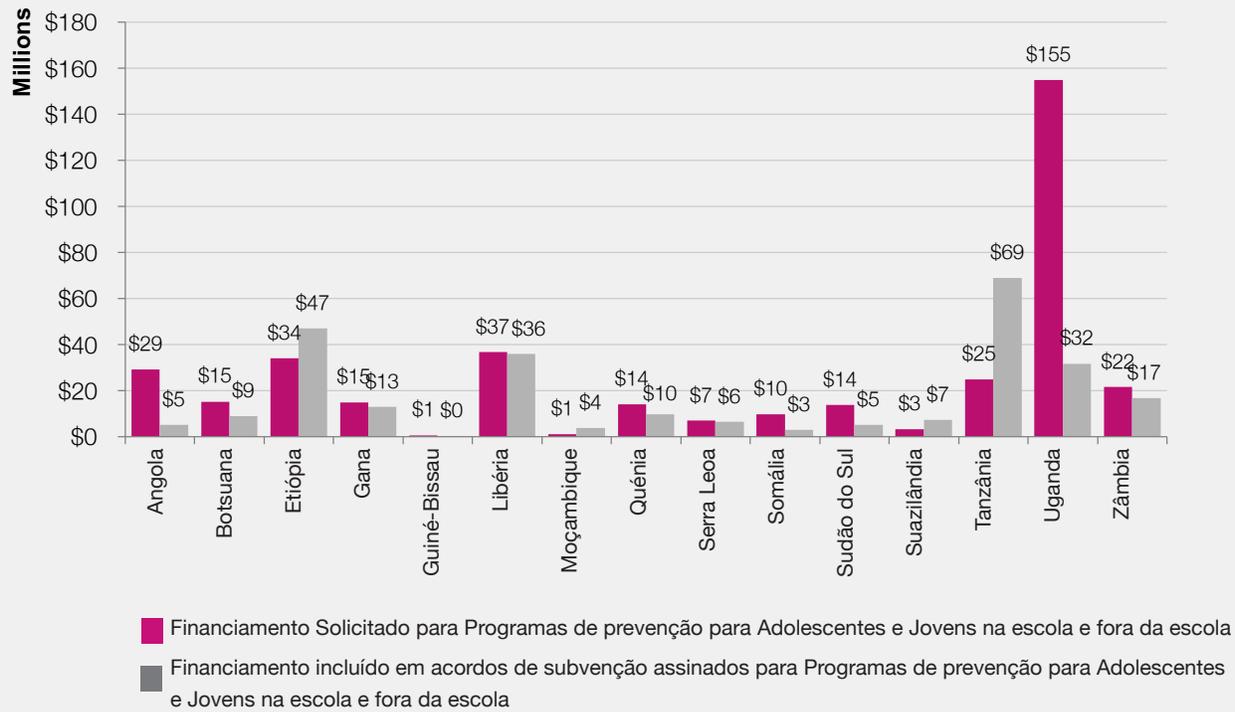
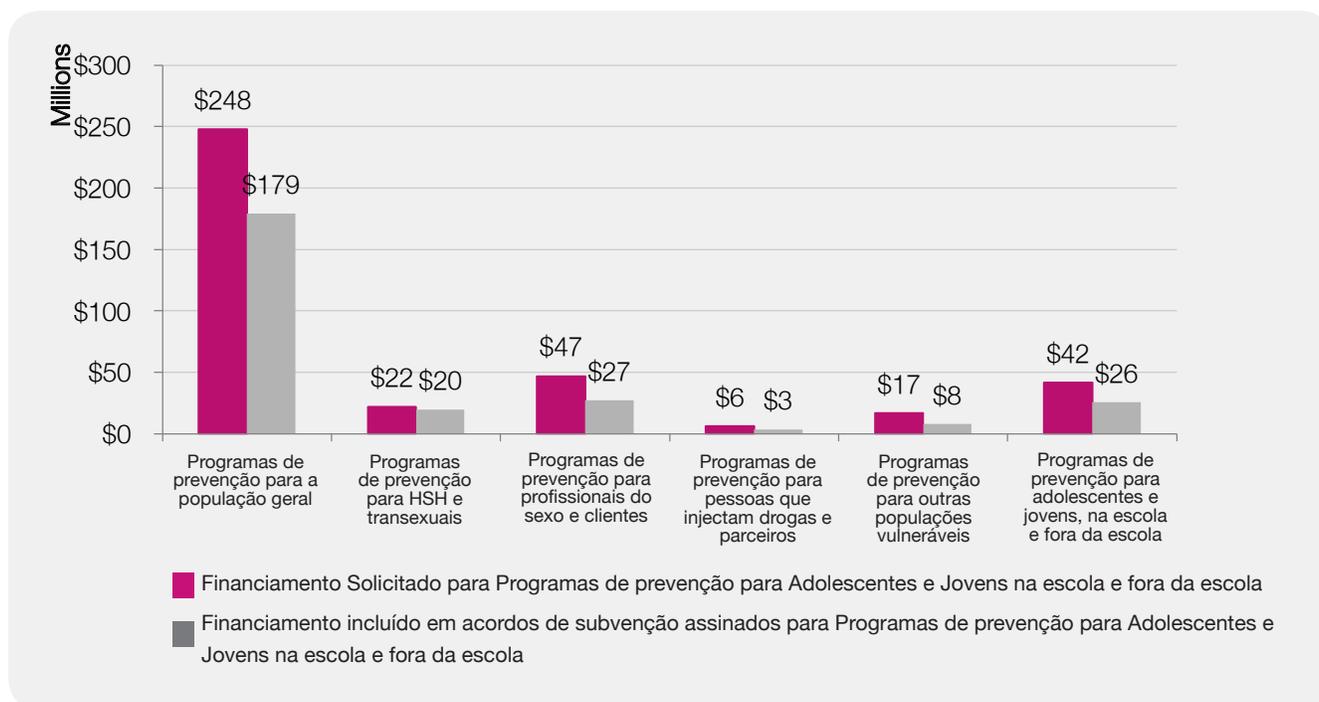


FIGURE 6: TOTAL AMOUNT OF HIV PREVENTION FUNDING IN GLOBAL FUND FUNDING REQUESTS AND SIGNED GRANT AGREEMENTS IN 15 AFRICAN COUNTRIES (2014-2016 FUNDING CYCLE), BY MODULE

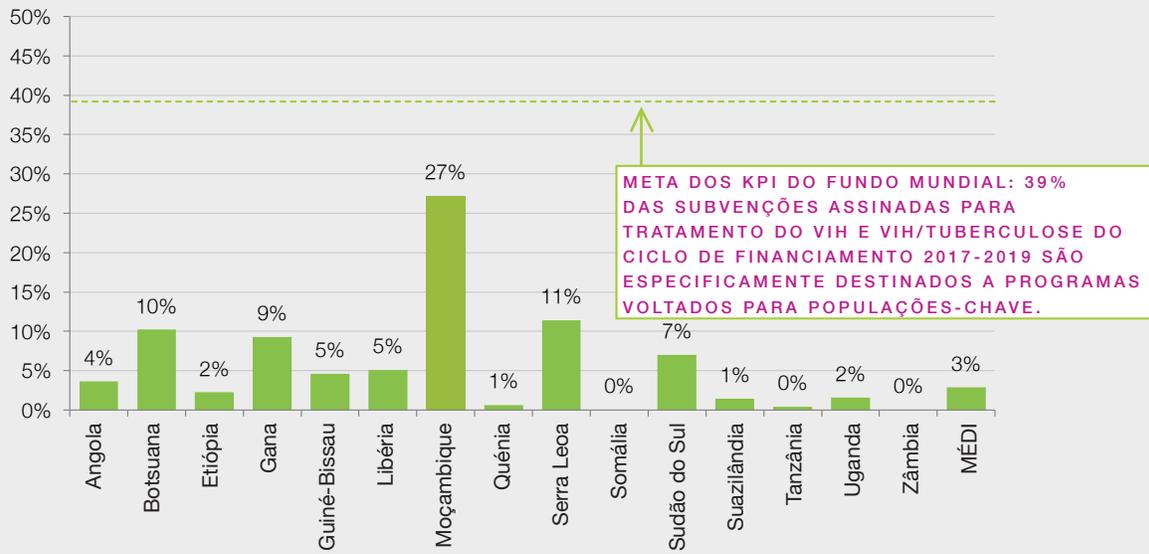


O facto de esta análise demonstrar que 33% do financiamento possível para prevenção para populações-chave é ‘perdido’ no processo de concessão de subvenções, não é promissor em termos da meta e indicador chave de desempenho do Fundo Mundial relativo ao financiamento para populações-chave. O objectivo do Fundo Mundial é que os investimentos em subvenções assinadas para o VIH e VIH/Tuberculose destinados a programas voltados para populações-chave cheguem a 39% para o período 2017-2019 (de novo a Tabela 2). Esta análise mostra que menos de 3% – US\$50.846.315 de um total de US\$1.747.483.074 – actualmente está a ser investido na prevenção do VIH entre HSH e transexuais, profissionais do sexo e PID em 15 países africanos. Evidentemente, a meta do Fundo Mundial tem por finalidade responder não só ao tratamento para populações-chave, mas também a intervenções para eliminar as barreiras sociais e estruturais que estes grupos enfrentam, mas mesmo assim, a diferença entre os investimentos actuais em prevenção e a meta de investimento de 39% para 2017-2019 é impressionante.

TABELA 6: FINANCIAMENTO SOLICITADO E FINANCIAMENTO INCLUÍDO EM SUBVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DO VIH ENTRE POPULAÇÕES-CHAVE PARA O CICLO DE FINANCIAMENTO 2014-2016 DO FUNDO MUNDIAL EM 15 PAÍSES AFRICANOS

	PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA HSM E TRANSEXUAIS	PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA TRABALHADORES DO SEXO E CLIENTES	PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA PESSOAS QUE INJECTAM DROGAS (PID) E PARCEIROS	TOTAL
FINANCIAMENTO SOLICITADO	\$22,071,005	\$46,895,293	\$6,066,851	\$75,033,149
FINANCIAMENTO INCLUÍDO EM SUBVENÇÕES ASSINADAS	\$19,805,824	\$27,039,964	\$3,266,878	\$50,112,666

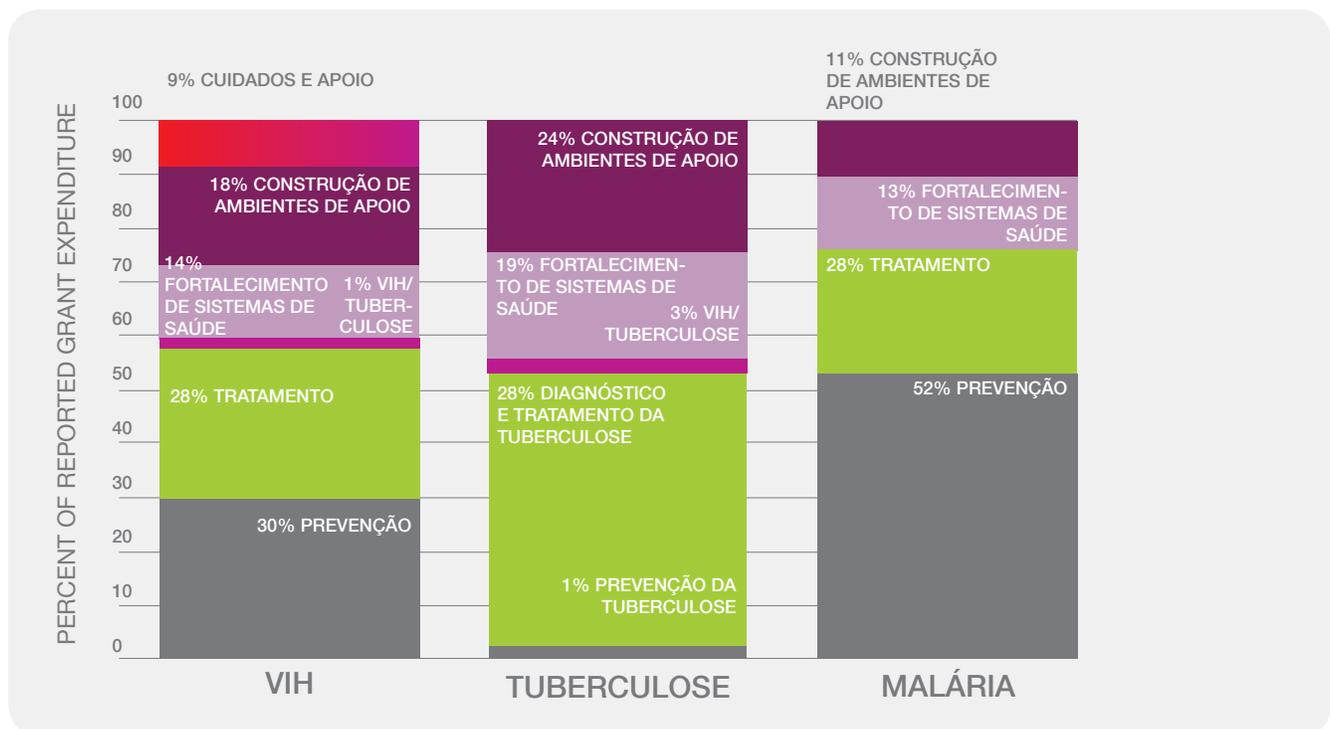
FIGURE 7: PROPORTION OF FUNDING IN HIV AND HIV/TB GLOBAL FUND GRANTS DEDICATED TO HIV PREVENTION AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND TRANSGENDER PEOPLE, SEX WORKERS AND PWID (2014-2016 FUNDING CYCLE)



Análise da tendência

No âmbito dos 23 pedidos de financiamento para o VIH e VIH/Tuberculose recebidos pelo Fundo Mundial de países africanos no ciclo de financiamento 2014-2016, os países dedicaram uma média de 16% a intervenções de prevenção do VIH. Entre os acordos de subvenção assinados em 15 países africanos (um subconjunto dos 23), o Fundo Mundial investe um pouco menos na prevenção do VIH do que o solicitado – 15%. Embora este valor esteja abaixo do nível recomendado de 26% pela ONUSIDA, é importante apurar se isto representa um aumento ou uma redução em relação aos anos anteriores. Uma análise de tendências revela que os investimentos históricos do Fundo Mundial na prevenção do VIH eram superiores aos actuais. A despesa cumulativa de subvenções do Fundo Mundial com a prevenção do VIH relativa ao período 2002-2011 foi de 30% de todas as despesas com o VIH (Figura 9).²⁵ Isto é superior aos pedidos de financiamento e os acordos de subvenção examinados nesta amostra (16% e 15%, respectivamente) e superior ao nível recomendado pela ONUSIDA (26%).

FIGURA 8: DESPESAS CUMULATIVAS DE SUBVENÇÕES DO FUNDO MUNDIAL POR ÁREA E POR DOENÇA (2002-2011)



Uma das razões pelas quais as despesas na prevenção actuais são mais baixas (nesta amostra) do que as despesas históricas (2002-2011) é que milhões de pessoas agora requerem terapia anti-retroviral sustentada, grande parte adquirida através de subvenções do Fundo Mundial. Isto deixa menos dinheiro para a prevenção.

Outra consideração importante é que muitas das subvenções nesta amostra são subvenções integradas para VIH/Tuberculose, ao passo que a recomendação da ONUSIDA de 26% para prevenção do VIH utiliza um denominador que leva em conta apenas o financiamento destinado ao VIH. Para equilibrar (de forma simplista), pode-se ajustar o orçamento da subvenção total (o denominador) pela doença média dividida pelas subvenções do Fundo Mundial (51% para o VIH, 18% para a tuberculose e 31% para a malária). Isto significa que, em média, as subvenções para VIH/Tuberculose são 74% financiamento para o VIH e 26% financiamento para a tuberculose. Com o denominador ajustado, o financiamento médio para a prevenção do VIH nos acordos de subvenção assinados para os 15 países estudados é de 20% – ainda bastante abaixo do índice de referência de 26%.

Variáveis explicativas

Os dados epidemiológicos destes países ajudam a explicar o valor de financiamento solicitado e concedido para prevenção. Existe uma correlação significativa entre o número de novos casos de infecção por VIH que ocorrem num país por ano e o valor do financiamento para a prevenção do VIH que o país solicitou ao Fundo Mundial no ciclo de financiamento 2014-2016 (Figura 10); Os países com uma taxa mais elevada de novos casos de infecção solicitaram mais financiamento para a prevenção. Esta é uma correlação muito forte ($r=.782^{**}$, $p=.000$). Consulte a Caixa 1 para uma explicação rudimentar. No entanto, esta relação é fortemente distorcida pela África do Sul, que apresenta resultados atípicos extremo no que diz respeito a ao índice de novos casos de infecção. Ao eliminar os resultados atípicos da África do Sul, a relação entre novos casos de infecção e financiamento para prevenção solicitado continua significativa ($r=.570^{*}$, $p=.013$). Isto significa que quanto maior o número de novos casos de infecções por ano num país, mais dinheiro o país solicitou para HIV do Fundo Global para intervenções de prevenção. Nesta amostra, tudo indica que os pedidos de prevenção dos vários países para a prevenção estão em sintonia com a carga de doença.

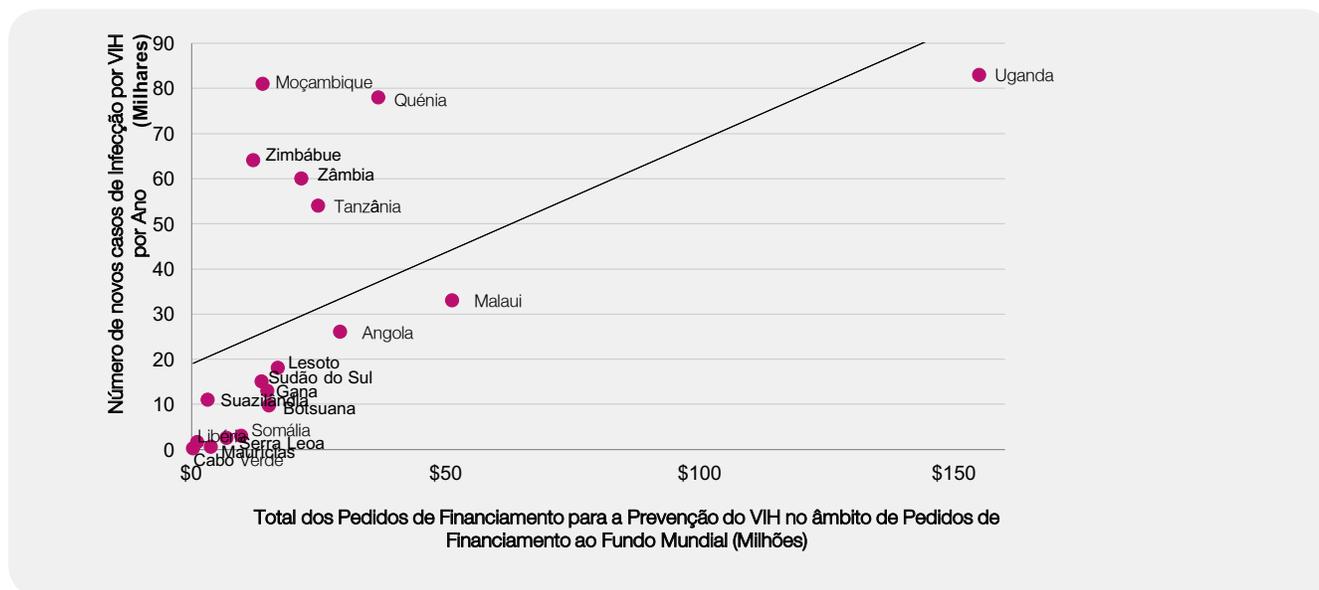
CAIXA 1:

Em estatística, o coeficiente de correlação “ r ” mede a força e direcção de uma relação linear entre duas variáveis. O valor de “ r ” está sempre entre +1 e -1. Por exemplo, um coeficiente “ r ” com o valor de:

- Exactamente -1 = Uma associação linear negativa perfeita
- Exactamente 0 = Não existe associação linear
- Exactamente +1 = Um associação linear positiva perfeita

O valor “ p ” mede a significância estatística do coeficiente “ r ”. Números que têm um asterisco ao lado são de significância estatística, o que significa que passam certos testes de confiança que concluem que a associação não é aleatória. Números com dois asteriscos têm uma associação mais forte.

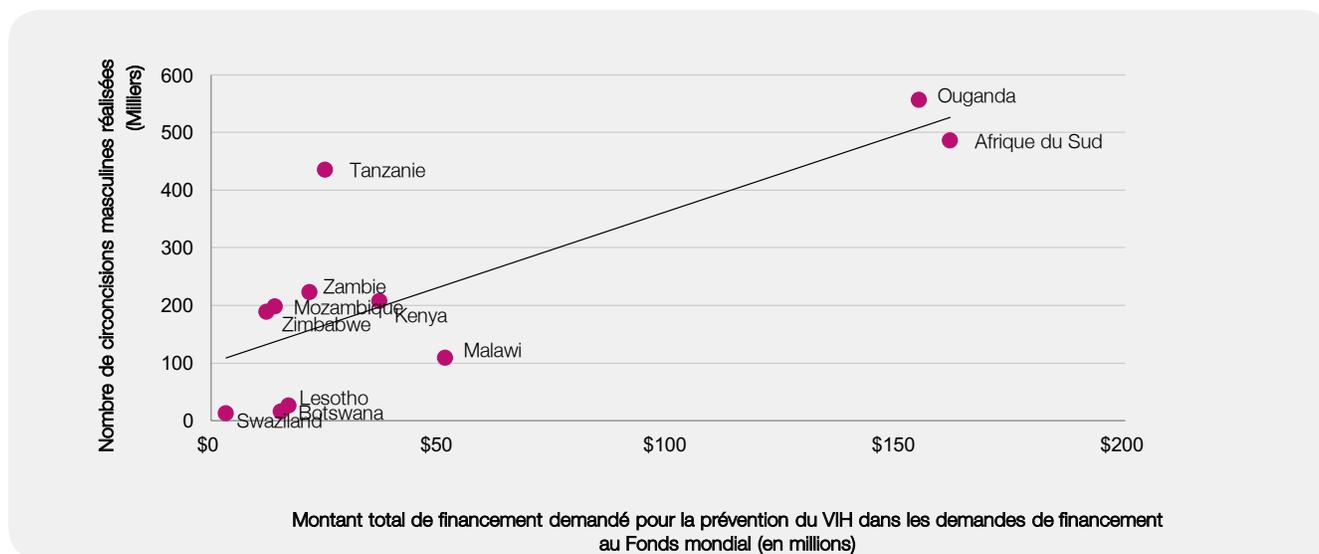
FIGURA 9: CORRELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE NOVOS CASOS DE INFECÇÃO POR VIH E O VALOR DOS PEDIDOS DE FINANCIAMENTO PARA A PREVENÇÃO DO VIH EM PEDIDOS DE FINANCIAMENTO AO FUNDO MUNDIAL (CICLO DE FINANCIAMENTO 2014-2016) ($r=-.570^*$, $p=.013$)



A correlação é ainda mais significativa e mais forte entre o número de novos casos de infecção e o valor de financiamento para prevenção incluído em subvenções assinadas, ($r=.582^*$, $p=.037$).

Existe também uma forte correlação entre o número de circuncisões masculinas realizadas num país e o valor total do financiamento para prevenção do VIH solicitado do Fundo Mundial no ciclo de financiamento 2014-2016. Entre os 11 países desta amostra para os quais existem dados para os dois tipos de indicadores, os países que realizaram um número mais elevado de circuncisões masculinas também solicitaram mais financiamento para a prevenção do VIH (Figura 11). Isto sugere que o número de circuncisões masculinas realizadas pode ser uma indicação do empenho do país na priorização de investimento na prevenção do VIH.

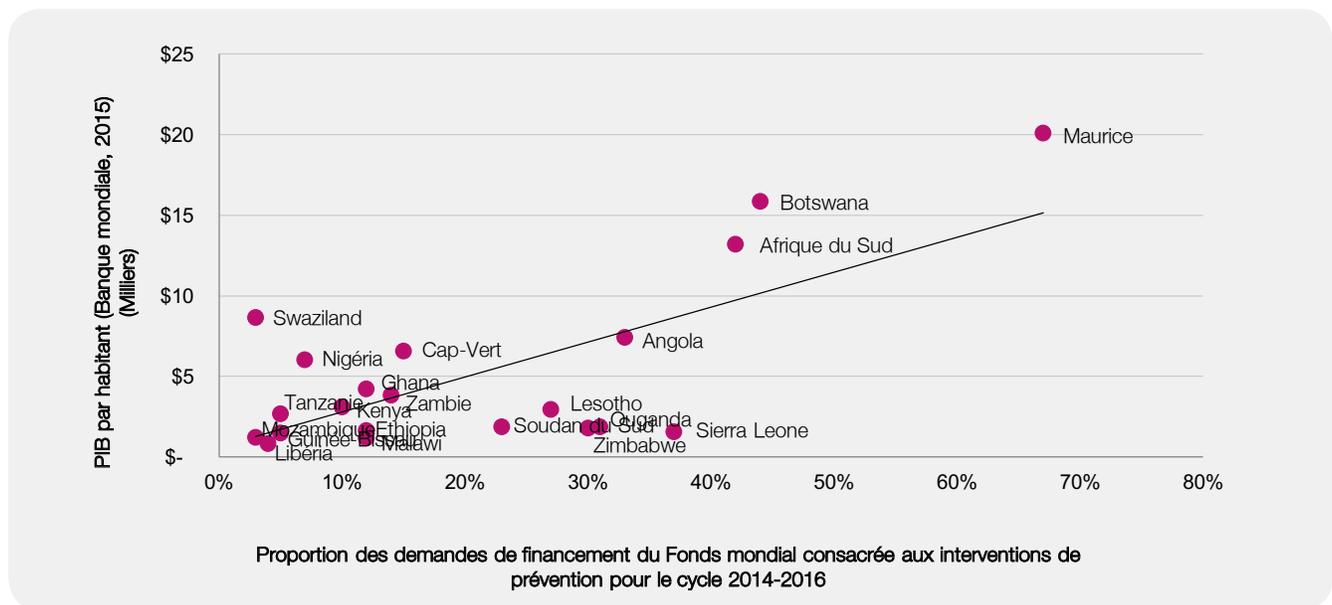
FIGURA 10: CORRELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE CIRCUNCISÕES MASCULINAS REALIZADAS E VALOR DE FINANCIAMENTO SOLICITADO PARA A PREVENÇÃO DO VIH EM PEDIDOS DE FINANCIAMENTO AO FUNDO MUNDIAL (CICLO DE FINANCIAMENTO 2014-2016) ($r=.781^{}$, $p=.005$)**



No entanto, a correlação entre o número de circuncisões masculinas e o valor de financiamento para prevenção incluído nas subvenções assinadas não apresenta uma correlação significativa ($r=.699$, $p=.081$).

Existe também uma correlação entre a riqueza do país, expressa em PIB per capita e a proporção do financiamento solicitado para prevenção ($r=.696^{**}$, $p=.000$) (Figura 11).

FIGURA 11 CORRÉLATION ENTRE LE PIB PAR HABITANT ET LA PROPORTION DES DEMANDES DE FINANCEMENT CONSACRÉE AUX INTERVENTIONS DE PRÉVENTION POUR LE CYCLE 2014-2016 DU FONDS MONDIAL ($R=0,696^{**}$, $P=0,000$)



É provável que tal se deva ao facto de os países mais ricos terem a capacidade necessária para suportar uma maior parcela da responsabilidade pelo tratamento com financiamento interno, assim libertando o financiamento do Fundo Mundial para outras prioridades, incluindo a prevenção. Por exemplo, o PIB per capita em Moçambique e na Libéria está entre os mais baixos nesta amostra (US\$1.192 e US\$835, respectivamente), e o mesmo se passa com a proporção do financiamento solicitado para prevenção (3% e 4%, respectivamente). Na Libéria, observa-se “extrema dependência dos doadores para o programa do VIH” de acordo com o pedido de financiamento do país. Da mesma forma, em Moçambique, todo o tratamento do VIH é financiado por doadores externos, com aproximadamente 48% do Fundo Mundial e os outros 52% do governo dos EUA.²⁷ Em comparação, as Maurícias e o Botsuana são os dois países mais ricos incluídos na amostra, com um PIB per capita de US\$20.085 e US\$15.839, respectivamente. Nas Maurícias e no Botsuana, todo o tratamento com retrovirais é suportado por financiamento interno que permite a estes países atribuir grande parte do financiamento solicitado ao Fundo Mundial a intervenções de prevenção do VIH (67% e 44%, respectivamente).

Cidades na Via Rápida

Com o intuito de traduzir marcos, metas e objectivos mundiais em planos de implementação locais, a iniciativa Cidades na Via Rápida foi inaugurada no Dia Mundial da SIDA (1 de Dezembro) em 2014. A iniciativa Cidades na Via

Rápida é uma parceria mundial entre a Cidade de Paris, a Associação Internacional de Prestadores de Cuidados no âmbito da SIDA (IAPAC), a ONUSIDA e o Programa das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (UN-Habitat), em colaboração com parceiros locais e nacionais, regionais e internacionais.²⁸ A iniciativa foi inicialmente lançada por autarcas de 27 cidades, mas o número cresceu desde então. Até à data, mais de 65 cidades com alto peso do VIH em todo o mundo aderiram à rede de cidades na Via Rápida.

Nos países incluídos na amostra deste estudo, existem nove cidades na Via Rápida: Acra (Gana), Blantyre (Malawi), Dar es Salaam (Tanzânia), Durban (África do Sul), Lilongwe (Malawi), Lusaca (Zâmbia), Maputo (Moçambique), Nairobi (Quênia) e Windhoek (Namíbia). Alguns pedidos de financiamento ao Fundo Mundial do ciclo de financiamento 2014-2016 priorizam estas cidades para intervenções específicas de prevenção do VIH, enquanto outras não o fazem explicitamente (Tabela 7).

TABELA 7: INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DO VIH PRIORIZADAS PARA ESPECÍFICAS CIDADES NA VIA RÁPIDA EM PEDIDOS DE FINANCIAMENTO AO FUNDO MUNDIAL 2014-2016

CIDADE NA VIA RÁPIDA	O PEDIDO DE FINANCIAMENTO TEM COMO ALVO ESPECÍFICO INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DO VIH NO ÂMBITO DA INICIATIVA VIA RÁPIDA?	INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO PRIORIZADAS PARA A CIDADE NA VIA RÁPIDA
ACRA (GANA)	NÃO	n/a
BLANTYRE (MALAUI)	NÃO	n/a
DAR ES SALAAM (TANZÂNIA)	SIM	Prevenção combinada; serviços de despiste do VIH para grávidas
DURBAN (ÁFRICA DO SUL)	SIM	Prevenção do VIH entre trabalhadores do sexo, HSH & Transexuais e PID
LILONGWE (MALAUI)	NÃO	n/a
LUSACA (ZÂMBIA)	SIM	Serviços de despiste do VIH para adolescentes e jovens; CMV
MAPUTO (MOÇAMBIQUE)	SIM	Programas contra a SIDA no trabalho; CMV
NAIROBI (QUÊNIA)	SIM	CMV; sensibilização de profissionais da saúde e apoio a populações chave e adolescentes e jovens
WINDHOEK (NAMÍBIA)	Sem dados	n/a

Na Tanzânia, o pedido de financiamento prioriza a cidade de Dar es Salaam, entre 9 outras regiões com alto peso da doença, para a primeira fase da ampliação da campanha de Prevenção combinada do VIH.

O pedido de financiamento da África do Sul explicitamente prioriza Durban (eThekweni) na prevenção do VIH entre trabalhadores do sexo, HSH & Transexuais e PID.

*“A prevista prevenção combinada será ampliada por fases: a primeira fase abrangerá 10 regiões em Njombe (14.6%), Iringa (9.1%), Mbeya (9.0%), Shinyanga (7.4%), Ruvuma (7.0%), **Dar es Salaam** (6.9%), Rukwa (6.2%), região costeira (5.9%), Katavi (5.9%) e Tabora (5.1%).”*

~ Pedido de Financiamento da Tanzânia ao Fundo Mundial para VIH/Tuberculose (Outubro de 2014)

*“Há mais Pessoas que Vivem com o VIH na Cidade de **Durban** que em todo o Brasil. [...] Está no epicentro da epidemia do VIH da África do Sul.”*

~ Pedido de Financiamento da África do Sul ao Fundo Mundial para VIH/Tuberculose VIH (Julho de 2015)

O pedido de financiamento da Zâmbia para VIH/Tuberculose concentra-se expressamente em Lusaca como uma cidade prioritária para a prevenção do VIH entre adolescentes e jovens. Lusaca também é explicitamente citada no pedido de financiamento como uma cidade prioritária para a ampliação da circuncisão masculina: “o programa priorizou as províncias de Lusaca, Copperbelt, Southern e Central devido à alta incidência e prevalência do VIH e o potencial de eficiência e eficácia para cumprir o número necessário de CMV para evitar infecção por VIH.

*“Esta intervenção [Serviços de despistagem do HIV] também se destinará a jovens na escola e fora da escola em Livingstone, **Lusaca**, Kabwe, Ndola, Kitwe e Solwezi (actividades socioeconómicas elevadas), onde há alto risco de infecção por VIH entre jovens. Estas populações receberão um pacote completo de serviços de prevenção”.*

~ Pedido de Financiamento da Zâmbia ao Fundo Mundial para VIH/Tuberculose (Junho de 2014)

Moçambique solicitou US\$776.045 para programas de prevenção do VIH no local de trabalho, visando o que são denominadas “novas zonas económicas”, incluindo as províncias de Maputo, Gaza, Inhambane, Tete, Manica, Sofala Cabo Delgado e Nampula. A cidade de Maputo também foi priorizada por afinidade entre serviços de despistagem do VIH e serviços de circuncisão masculina. O pedido de financiamento afirma que “homens seronegativos serão encaminhados a serviços de CMV em áreas com alta prevalência do VIH e baixa circuncisão masculina (Zambézia, Manica, Sofala, Gaza, Maputo e Cidade de Maputo)”.

No Quênia, o valor de US\$2,1 milhões solicitado para a circuncisão masculina foi estrategicamente direccionado para a cidade de Nairobi, na Via Rápida. O pedido de financiamento afirma que “as actividades da CMV serão implementadas nos municípios de Turkana, Nairobi, Marsabit e Mombaça”. Nairobi também é uma das cidades alvo no âmbito da ampliação do tratamento anti-retroviral, sensibilização dos trabalhadores de saúde e adesão ao tratamento por parte de populações-chave e adolescentes.

O Papel da Sociedade Civil e das Comunidades

A Declaração Política de 2016 inclui o reconhecimento do papel que as organizações comunitárias desempenham na prestação de intervenções de prevenção, incluindo o objectivo de ampliar a prestação de serviços protagoniza-

dos pela comunidade até responder por pelo menos 30% de todos os serviços prestados até 2030.²⁹ Os serviços protagonizados pela comunidade são muitas vezes financiados e realizado por organizações da sociedade civil, organizações comunitárias, organizações religiosas e outras estruturas comunitárias. Por outro lado, serviços criados em instalações geralmente são financiados e implementados por governos.

Dos 15 países desta amostra com subvenções assinadas com o Fundo Mundial para o ciclo de financiamento 2014-2016 disponíveis publicamente, um total de US\$185.195.041 do financiamento para prevenção do VIH é administrado por Beneficiários Principais (BP) governamentais.³⁰ Isto representa 71% de todo o financiamento para prevenção do VIH do Fundo Mundial nestes 15 países. Em comparação, US\$61.948.901 do financiamento para prevenção do VIH nestes países é gerido por BP da sociedade civil, o que representa 24% do total. Em três países – Angola, Somália e Sudão do Sul – as agências das Nações Unidas são os BP, gerindo um total de US\$13.009.065 do financiamento para prevenção do VIH. Isto representa 5% do financiamento total para a prevenção do VIH nas subvenções do Fundo Mundial destes 15 países.

TABELA 8: FINANCIAMENTO PARA A PREVENÇÃO DO VIH EM SUBVENÇÕES ASSINADAS COM O FUNDO MUNDIAL PARA O CICLO DE FINANCIAMENTO 2014-2016 EM 11 PAÍSES AFRICANOS, POR TIPO DE BENEFICIÁRIO PRINCIPAL

PAÍS	FINANCIAMENTO PARA A PREVENÇÃO DO VIH GERIDO POR BP GOVERNAMENTAIS	FINANCIAMENTO PARA A PREVENÇÃO DO VIH GERIDO POR BP DA SOCIEDADE CIVIL	FINANCIAMENTO PARA A PREVENÇÃO DO VIH GERIDO POR BP DE AGÊNCIAS DA ONU
ANGOLA	\$0	\$0	\$5,013,116
BOTSUANA	\$505,189	\$8,374,333	\$0
ETIÓPIA	\$47,141,780	\$0	\$0
GANÁ	\$6,604,955	\$3,920,701	\$0
GUINÉ-BISSAU	\$330,864	\$0	\$0
LIBÉRIA	\$0	\$3,674,524	\$0
MOÇAMBIQUE	\$2,285,073	\$7,550,109	\$0
QUÊNIA	\$24,095,539	\$11,709,992	\$0
SERRA LEOA	\$0	\$6,329,952	\$0
SOMÁLIA	\$0	\$0	\$2,850,611
SUAZILÂNDIA	\$2,733,513	\$4,591,476	\$0
SUDÃO DO SUL	\$0	\$0	\$5,145,338
TANZÂNIA	\$66,889,991	\$2,070,724	\$0
UGANDA	\$26,059,464	\$5,598,030	\$0
ZÂMBIA	8,548,673	\$8,129,060	\$0
TOTAL	\$185,195,041	\$61,948,901	\$13,009,065

FIGURA 12: PROPORÇÃO DO FINANCIAMENTO PARA A PREVENÇÃO DO VIH EM SUBVENÇÕES ASSINADAS COM O FUNDO MUNDIAL PARA O CICLO DE FINANCIAMENTO 2014-2016 DE 11 PAÍSES AFRICANOS, POR TIPO DE BENEFICIÁRIOS PRINCIPAIS



Além de serem importantes agentes executores de serviços de prevenção do VIH, a sociedade civil e as comunidades também têm papéis vitais para desempenhar no trabalho de campanha e prestação de contas. Numa publicação da EANNASO de 2015, as prioridades da sociedade civil no que diz respeito aos pedidos de financiamento ao Fundo Mundial para programas de prevenção do VIH foram analisadas com base em cartas de prioridades da sociedade civil que foram produzidas em oito países africanos: Malawi, Quênia, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zanzibar e Zimbábue.³² As cartas têm o título de “roteiros de campanha” para a sociedade civil exercer pressão para a inclusão das suas prioridades em pedidos de financiamento ao Fundo Mundial.

Nesta análise, intervenções votadas para a mudança de comportamento e programas para populações-chave sobressaíram como as principais prioridades da sociedade civil em termos do que estas queriam ver incluído em pedidos de financiamento ao Fundo Mundial. CMV por regra ficou entre as questões menos prioritárias da sociedade civil. A sociedade civil demonstrou ter mais sucesso em campanhas para a inclusão de prioridades relacionadas a populações-chave, mudança de comportamento e promoção de preservativos; e menos sucesso em campanhas voltadas para prioridades de prevenção de transmissão da mãe para a criança, tratamentos e CMV (Tabela 9).

TABELA 9: PERCENTAGEM DAS PRIORIDADES DETERMINADAS PELA SOCIEDADE CIVIL QUE FORAM INCLUÍDAS EM PEDIDOS DE FINANCIAMENTO AO FUNDO MUNDIAL EM 2014-2016 NO MALAWI, SUAZILÂNDIA, TANZÂNIA, UGANDA E ZÂMBIA³³

	TIPO DE PRIORIDADES DEFINIDAS PELA SOCIEDADE CIVIL	% DAS PRIORIDADES INCLUÍDAS NOS DOCUMENTOS DE SÍNTESE
<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Maior Recepção</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; margin-top: 10px;">Menor Recepção</div> </div>	Populações-chave	65%
	Mudança de comportamento	63%
	Prevenção de Transmissão Mãe-Filho	50%
	Tratamento, Cuidados e Apoio	40%
	Voluntary Medical Male Circumcision	15%

Financiamento de Outras Fontes

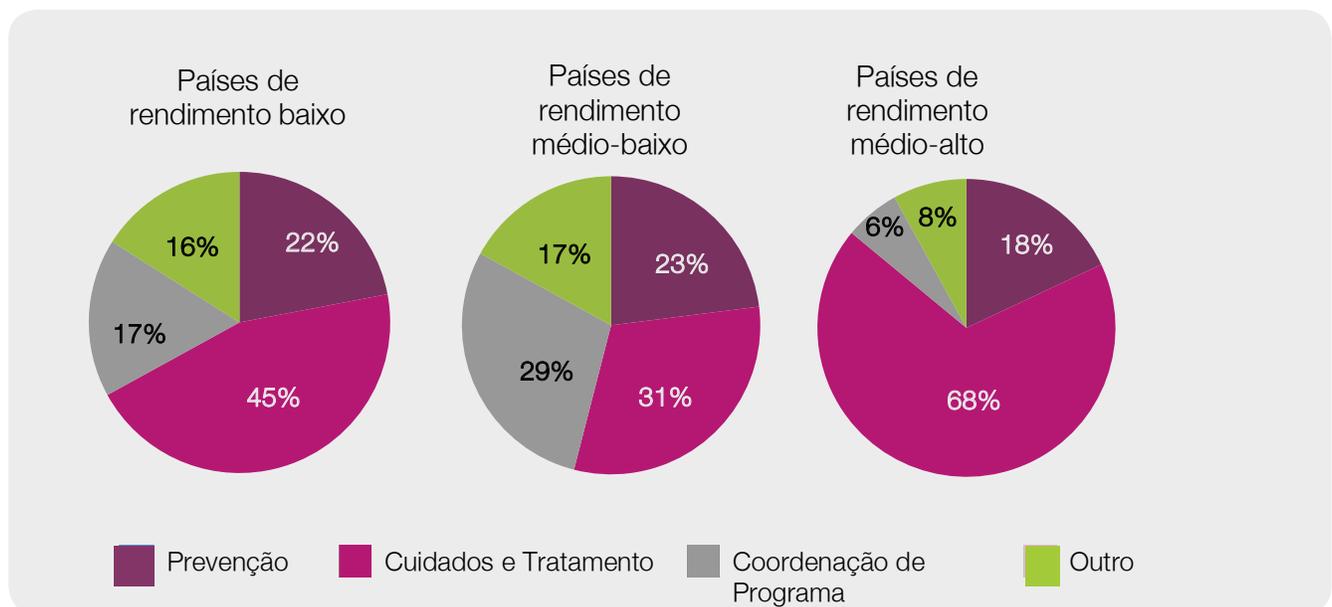
Embora – em média – a maioria dos países desta amostra não solicitam nem recebem “um quarto para a prevenção”, é importante reconhecer que esta não é uma falha só do Fundo Mundial. Na verdade, os investimentos do Fundo Mundial certamente não representam toda a situação no que diz respeito às despesas gerais com a SIDA, nem são o único parceiro de desenvolvimento que poderia estar a gastar mais na prevenção do VIH. No mínimo, o financiamento interno e os investimentos do PEPFAR precisam ser considerados como parte do panorama global de financiamento para a prevenção do VIH. O PEPFAR é o maior parceiro de financiamento internacional no combate contra a SIDA, constituindo aproximadamente 66,4% da ajuda internacional para o VIH em 2015.³⁴ As despesas previstas do PEPFAR na prevenção do VIH representaram 18,4% em 2016.

FIGURA 13: DESPESAS PREVISTAS NOS PLANOS DE OPERAÇÃO NACIONAIS (PAN) DO PEPFAR EM 2016³⁵



O financiamento interno também é um aspecto importante da resposta ao financiamento da SIDA. Em 2014, fontes internas responderam por 57% do investimento total para a SIDA.³⁶ Os investimentos acumulados de 2005 a 2013 em países de todos os segmentos de rendimento ficam aquém do índice de referência de 26% (Figura 15).

FIGURA 14: DESPESAS COM SIDA POR ÁREA PROGRAMÁTICA E NÍVEL DE RENDIMENTO DO PAÍS, 2005-2013³⁷



CONCLUSÃO E CAMINHO A SEGUIR

Em suma, dos países incluídos na amostra, uma média de 16% do financiamento total solicitado ao Fundo Mundial em pedidos de financiamento para o VIH ou VIH/Tuberculose para o ciclo de financiamento 2014-2016 foi destinado à prevenção do VIH. Um pouco menos do que isso – 15% – foi incluído nos acordos de subvenção assinados posteriormente. Isto está muito abaixo da referência recomendada da ONUSIDA de 26%. Simplificando, o mundo não conseguirá eliminar a SIDA se continuar a não priorizar a prevenção do VIH.

Assim sendo, como é que os investimentos para a prevenção do VIH podem ser aumentados?

Certamente, explorar oportunidades para aumentar os investimentos para a prevenção do VIH na região da África Oriental e Austral através de pedidos ao Fundo Mundial para o ciclo de financiamento 2017-2019 é uma possibilidade.

Outra oportunidade consiste em tirar proveito dos ‘Fundos de Contrapartida’, um novo elemento da estrutura de subvenções do Fundo Mundial que incentiva os países a direccionar uma maior parte do financiamento para certas prioridades estratégicas, incluindo populações-chave, direitos humanos e adolescentes e mulheres jovens.

Campanhas da sociedade civil e das comunidades são absolutamente críticas, particularmente em instar os países a solicitar mais financiamento para a prevenção do VIH para populações-chave e adolescentes e mulheres jovens.

RECOMENDAÇÕES E OPORTUNIDADES PARA CAMPANHAS

1. **Incentivar os países a absorver cada vez mais os aspectos críticos da sua resposta ao VIH – especialmente a ART – em programas financiados internamente.** Isto permitirá ao Fundo Mundial investir mais em intervenções de prevenção do VIH, para cumprir as metas definidas nos indicadores chave de desempenho para a prevenção do VIH (Tabela 2).³⁸
2. **Realizar acções de acompanhamento protagonizado pela comunidade dos fluxos de financiamento do Fundo Mundial, o PEPFAR, o governo e outros que compõem os orçamentos de prevenção do VIH.** É fundamental para uma campanha efectiva ter dados rigorosos, actualizados e de propriedade comunitária sobre as lacunas nos gastos com a prevenção do VIH
3. **Defender a saúde e os direitos das populações-chave, incluindo profissionais do sexo, HSH, transexuais, pessoas que injectam drogas e prisioneiros.** A criminalização e marginalização destes grupos têm o efeito de uma barreira que impede a prestação de serviços e acesso. Isto dificulta a ampliação de forma eficaz da prevenção do VIH, onde é mais necessária.
4. **Tirar o máximo proveito de oportunidades de financiamento catalisador (“Fundos de Contrapartida”) como uma nova forma de aumentar os investimentos do Fundo Mundial na prevenção do VIH.** Será necessário fazer pressão para garantir que ao atribuir recursos os países destinam o valor necessário a prioridades com o potencial de financiamento catalisador e que as actividades são centradas na prevenção sempre que possível.
5. **Apoiar iniciativas para incentivar os países a cumprir a meta de 26% de financiamento para prevenção do VIH,** usando como modelo iniciativas bem-sucedidas, como a Aliança para a Malária dos Chefes da Ásia-Pacífico, que aumentou consideravelmente o empenho em programas contra a malária na região Ásia-Pacífico.³⁹

ANEXO 1: FINANCIAMENTO SOLICITADO PARA INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE PREVENÇÃO DO VIH EM PEDIDOS DE FINANCIAMENTO AO FUNDO MUNDIAL NO PERÍODO 2014-2016⁴⁰

PAÍS	TOTAL DE FINANCIAMENTO SOLICITADO EM PEDIDOS DE FINANCIAMENTO PARA VIH/ TUBERCULOSE	FINANCIAMENTO SOLICITADO PARA PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA A POPULAÇÃO GERAL	FINANCIAMENTO SOLICITADO PARA PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA HSH E TRANSEXUAIS	FINANCIAMENTO SOLICITADO PARA PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA TRABALHADORES DO SEXO E CLIENTES	FINANCIAMENTO SOLICITADO PARA PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA PESSOAS QUE INJECTAM DROGAS (PID) E PARCEIROS	FINANCIAMENTO SOLICITADO PARA PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA OUTRAS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS (ESPECIFICAR)	FINANCIAMENTO SOLICITADO PARA PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA ADOLESCENTES E JOVENS, NA ESCOLA E FORA DA ESCOLA
ÁFRICA DO SUL	\$380,500,261	\$31,654,183	\$15,661,124	\$21,858,791	\$4,606,141	\$13,656,433	\$74,260,904
ANGOLA	\$87,293,671	\$7,376,290	\$2,507,770	\$1,057,500	\$0	\$3,997,340	\$14,288,300
BOTSUANA	\$34,448,841	\$0	\$1,448,537	\$1,681,917	\$0	\$0	\$12,089,131
CABO VERDE	\$2,376,271	\$0	\$128,319	\$227,603	\$0	\$0	\$0
ETIÓPIA	\$281,610,144	\$28,031,650	\$0	\$4,901,573	\$0	\$1,149,444	\$0
GANÁ	\$123,768,196	\$0	\$5,501,538	\$8,152,758	\$0	\$1,314,732	\$0
GUINÉ-BISSAU	\$11,257,091	\$353,583	\$260,355	\$0	\$0	\$0	\$0
LESOTO	\$62,149,359	\$12,293,811	\$1,004,957	\$921,621	\$0	\$809,868	\$1,942,975
LIBÉRIA	\$30,459,052	\$0	\$599,371	\$547,083	\$0	\$0	\$0
MADAGÁSCAR	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
MALAUÍ	\$444,100,138	\$50,012,925	\$623,404	\$607,929	\$0	\$0	\$0
MAURÍCIAS	\$5,681,383	\$0	\$1,235,428	\$967,881	\$1,626,467	\$0	\$0
MOÇAMBIQUE	\$455,044,195	\$0	\$847,454	\$2,780,474	\$0	\$4,386,491	\$5,998,666
NAMÍBIA	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
NIGÉRIA	\$550,726,444	\$12,000,000	\$4,721,435	\$6,686,487	\$3,592,078	\$0	\$11,154,914
QUÊNIA	\$352,938,136	\$20,146,679	\$5,534,585	\$5,558,740	\$5,540,045	\$0	\$0
SERRA LEOA	\$18,726,509	\$0	\$1,287,809	\$5,640,453	\$0	\$0	\$0
SOMÁLIA	\$38,062,219	\$7,001,043	\$0	\$830,577	\$0	\$349,548	\$1,651,871
SUAZILÂNDIA	\$93,071,638	\$1,483,651	\$135,357	\$120,008	\$0	\$123,276	\$1,354,714
SUDÃO DO SUL	\$60,072,070	\$0	\$718,451	\$7,803,759	\$0	\$5,304,457	\$0
TANZÂNIA	\$516,841,569	\$17,214,804	\$1,940,000	\$5,200,000	\$526,806 ⁴¹	\$0	\$0
UGANDA	\$506,640,665	\$145,754,882	\$1,289,778	\$2,620,451	\$0	\$0	\$5,271,299
ZÂMBIA	\$152,453,652	\$20,592,152	\$0	\$0	\$0	\$0	\$1,000,000
ZANZIBAR	\$10,844,161	\$1,706,397	\$328,663	\$431,550	\$569,536	\$0	\$0
ZIMBÁBUE	\$40,168,252	\$5,919,368	\$60,375	\$1,391,440	\$0	\$1,399,220	\$3,333,020
TOTAL	\$4,259,233,917	\$361,541,418	\$45,834,710	\$79,988,595	\$16,461,073	\$32,490,809	\$132,345,794

ANEXO 2: FINANCIAMENTO INCLUÍDO EM SUBVENÇÕES ASSINADAS PARA INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DE PREVENÇÃO NO CICLO DE FINANCIAMENTO 2014-2016 DO FUNDO MUNDIAL

PAÍS	TOTAL DO VALOR DE FINANCIAMENTO EM SUBVENÇÕES ASSINADAS PARA O VIH OU VIH/ TUBERCULOSE	PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA A POPULAÇÃO GERAL	PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA HSH E TRANSEXUAIS	PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA TRABALHADORES DO SEXO E CLIENTES	PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA PESSOAS QUE INJECTAM DROGAS (PID) E PARCEIROS	PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA OUTRAS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS (ESPECIFICAR)	PROGRAMAS DE PREVENÇÃO PARA ADOLESCENTES E JOVENS, NA ESCOLA E FORA DA ESCOLA
ÁFRICA DO SUL ⁴²	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
ANGOLA	\$30,002,727	\$2,079,690	\$540,500	\$555,585	\$0	\$939,397	\$897,944
BOTSUANA	\$27,043,808	\$0	\$1,143,253	\$1,618,263	\$0	\$0	\$6,118,006
CABO VERDE ⁴³	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
ETIÓPIA	\$276,713,816	\$39,873,865	\$0	\$6,223,307	\$0	\$1,044,608	\$0
GANÁ	\$97,772,036	\$2,376,132	\$2,774,520	\$6,258,003	\$0	\$1,621,833	\$0
GUINÉ-BISSAU	\$7,175,592	\$0	\$90,005	\$240,859	\$0	\$0	\$0
LESOTO ⁴⁴	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
LIBÉRIA	\$9,584,090	\$1,066,056	\$1,339,946	\$1,268,522	\$0	\$0	\$0
MADAGÁSCAR ⁴⁵	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
MALAUI ⁴⁶	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
MAURÍCIAS ⁴⁷	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
MOÇAMBIQUE	\$225,505,000	\$3,184,014	\$532,385	\$895,719	\$0	\$881,771	\$4,341,293
NAMÍBIA	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
NIGÉRIA ⁴⁸	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
QUÊNIA	\$297,986,617	\$20,624,597	\$9,924,881	\$2,023,607	\$3,232,446	\$0	\$0
SERRA LEOA	\$32,367,617	\$2,528,583	\$1,399,416	\$2,247,521	\$34,432	\$120,000	\$0
SOMÁLIA	\$20,614,311	\$1,854,780	\$0	\$0	\$0	\$995,831	\$0
SUAZILÂNDIA	\$45,085,465	\$1,942,650	\$55,863	\$599,928	\$0	\$0	\$4,726,548
SUDÃO DO SUL	\$42,464,597	\$0	\$633,491	\$2,343,552	\$0	\$2,168,295	\$0
TANZÂNIA	\$290,252,753	\$67,814,271	\$428,681	\$717,763	\$0	\$0	\$0
UGANDA	\$186,623,452	\$24,338,892	\$942,883	\$2,047,335	\$0	\$0	\$4,328,384
ZÂMBIA	\$158,291,193	\$11,579,842	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5,097,891
ZANZIBAR	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
ZIMBÁBUE	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados
TOTAL	\$1,747,483,074	\$179,263,372	\$19,805,824	\$27,039,964	\$3,266,878	\$7,771,735	\$25,510,066

ANNEXE 3 : DIFFÉRENCE ENTRE LE MONTANT DEMANDÉ ET LE MONTANT ALLOUÉ POUR DES INTERVENTIONS SÉLECTIONNÉES DE PRÉVENTION DU VIH AU COURS DU CYCLE 2014-2016 DU FONDS MONDIAL (LES CHIFFRES EN ROUGE REPRÉSENTENT UNE DIMINUTION; LES CHIFFRES EN NOIR, UNE HAUSSE)

PAYS	MONTANT TOTAL POUR LE PROGRAMME SUR LE VIH OU LA TB/VIH	PROGRAMMES DE PRÉVENTION POUR LA POPULATION GÉNÉRALE	PROGRAMMES DE PRÉVENTION POUR LES HRSH ET LES PERSONNES TRANSGENRES	PROGRAMMES DE PRÉVENTION POUR LES TRAVAILLEUSE(-EUR)S DU SEXE ET LEURS CLIENTS	PROGRAMMES DE PRÉVENTION POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES ET LEURS PARTENAIRES	PROGRAMMES DE PRÉVENTION POUR D'AUTRES POPULATIONS VULNÉRABLES (VEUILLEZ PRÉCISER)	PROGRAMMES DE PRÉVENTION POUR LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES, À L'ÉCOLE ET AILLEURS
ANGOLA	(57 290 944 \$)	(5 296 600 \$)	(1 967 270 \$)	(501 915 \$)	0 \$	(3 057 943 \$)	(13 390 356 \$)
BOTSWANA	(7 405 033 \$)	0 \$	(305 284 \$)	(63 654 \$)	0 \$	0 \$	(5 971 125 \$)
CAP-VERT	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
ÉTHIOPIE	(4 896 328 \$)	11 842 215 \$	0 \$	1 321 734 \$	0 \$	(104 836 \$)	0 \$
GHANA	(25 996 160 \$)	2 376 132 \$	(2 727 018 \$)	(1 894 755 \$)	0 \$	307 101 \$	0 \$
GUINÉE-BISSAU	(4 081 499 \$)	(353 583 \$)	(170 350 \$)	240 859 \$	0 \$	0 \$	0 \$
KENYA	(54 951 519 \$)	477 918 \$	4 390 296 \$	(3 535 133 \$)	(2 307 599 \$)	0 \$	0 \$
LESOTHO	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
LIBÉRIA	(20 874 962 \$)	1 066 056 \$	740 575 \$	721 439 \$	0 \$	0 \$	0 \$
MADAGASCAR	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
MALAWI	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
MAURICE	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
MOZAMBIQUE	(229 539 195 \$)	3 184 014 \$	(315 069 \$)	(1 884 755 \$)	0 \$	(3 504 720 \$)	(1 657 373 \$)
NAMIBIE	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
NIGÉRIA	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
SIERRA LEONE	13 641 108 \$	2 528 583 \$	111 607 \$	(3 392 932 \$)	34 432 \$	120 000 \$	0 \$
SOMALIE	(17 447 908 \$)	(5 146 263 \$)	0 \$	(830 577 \$)	0 \$	646 283 \$	(1 651 871 \$)
AFRIQUE DU SUD	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
SOUDAN DU SUD	(17 607 473 \$)	0 \$	(84 960 \$)	(5 460 207 \$)	0 \$	(3 136 162 \$)	0 \$
SWAZILAND	(47 986 173 \$)	458 999 \$	(79 494 \$)	479 920 \$	0 \$	(123 276 \$)	3 371 834 \$
TANZANIE	(226 588 816 \$)	50 599 467 \$	(1 511 319 \$)	(4 482 237 \$)	(526 806 \$)	0 \$	0 \$
OUGANDA	(320 017 213 \$)	(121 415 990 \$)	(346 895 \$)	(573 116 \$)	0 \$	0 \$	(942 915 \$)
ZAMBIE	5 837 541 \$	(9 012 310 \$)	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	4 097 891 \$
ZANZIBAR	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
ZIMBABWE	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
TOTAL	(1 015 204 574 \$)	(68 691 362 \$)	(2 265 181 \$)	(19 855 329 \$)	(2 799 973 \$)	(8 853 553 \$)	(16 143 915 \$)

ANNEXE 4 : FONDS DEMANDÉS ET FONDS INCLUS DANS LES SUBVENTIONS SIGNÉES DU FONDS MONDIAL – OCTROIE-T-ON « UN QUART POUR LA PRÉVENTION »?

PAYS	MONTANT TOTAL DES DEMANDES DE FINANCEMENT POUR LE VIH OU LA TB/VIH	MONTANT TOTAL DU FINANCEMENT DEMANDÉ POUR LA PRÉVENTION	MONTANT DEMANDÉ POUR LA PRÉVENTION EXPRIMÉ EN % DU MONTANT TOTAL DEMANDÉ	A-T-ON DEMANDÉ « UN QUART POUR LA PRÉVENTION »?	MONTANT TOTAL DES SUBVENTIONS SIGNÉES POUR LE VIH OU LA TB/VIH	MONTANT TOTAL DU FINANCEMENT ALLOUÉ À LA PRÉVENTION	MONTANT DEMANDÉ POUR LA PRÉVENTION EXPRIMÉ EN % DU FINANCEMENT TOTAL ALLOUÉ	A-T-ON OCTROYÉ « UN QUART POUR LA PRÉVENTION »?
ANGOLA	87 293 671 \$	29 227 200 \$	33 %	OUI	30 002 727 \$	5 013 116 \$	17 %	NON
BOTSWANA	34 448 841 \$	15 219 585 \$	44 %	OUI	27 043 808 \$	8 879 522 \$	33 %	OUI
CAP-VERT	2 376 271 \$	355 922 \$	15 %	NON	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
ÉTHIOPIE	281 610 144 \$	34 082 667 \$	12 %	NON	276 713 816 \$	47 141 780 \$	17 %	NON
GHANA	123 768 196 \$	14 969 028 \$	12 %	NON	97 772 036 \$	13 030 488 \$	13 %	NON
GUINÉE-BISSAU	11 257 091 \$	613 938 \$	5 %	NON	7 175 592 \$	330 864 \$	5 %	NON
KENYA	352 938 136 \$	36 780 049 \$	10 %	NON	297 986 617 \$	35 805 531 \$	12 %	NON
LESOTHO	62 149 359 \$	16 973 232 \$	27 %	OUI	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
LIBÉRIA	30 459 052 \$	1 146 454 \$	4 %	NON	9 584 090 \$	3 674 524 \$	38 %	OUI
MADAGASCAR	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
MALAWI	444 100 138 \$	51 244 258 \$	12 %	NON	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
MAURICE	5 681 383 \$	3 829 776 \$	67 %	OUI	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
MOZAMBIQUE	455 044 195 \$	14 013 085 \$	3 %	NON	225 505 000 \$	9 835 182 \$	4 %	NON
NAMIBIE	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
NIGÉRIA	550 726 444 \$	38 154 914 \$	7 %	NON	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
SIERRA LEONE	18 726 509 \$	6 928 262 \$	37 %	OUI	32 367 617 \$	6 329 952 \$	20 %	NON
SOMALIE	38 062 219 \$	9 833 039 \$	26 %	OUI	20 614 311 \$	2 850 611 \$	14 %	NON
AFRIQUE DU SUD	380 500 261 \$	161 697 576 \$	42 %	OUI	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
SOUDAN DU SUD	60 072 070 \$	13 826 667 \$	23 %	NON	42 464 597 \$	5 145 338 \$	12 %	NON
SWAZILAND	93 071 638 \$	3 217 006 \$	3 %	NON	45 085 465 \$	7 324 989 \$	16 %	NON
TANZANIE	516 841 569 \$	24 881 610 \$	5 %	NON	290 252 753 \$	68 960 715 \$	24 %	NON
OUGANDA	506 640 665 \$	154 936 410 \$	31 %	OUI	186 623 452 \$	31 657 494 \$	17 %	NON
ZAMBIE	152 453 652 \$	21 592 152 \$	14 %	NON	158 291 193 \$	16 677 733 \$	11 %	NON
ZANZIBAR	10 844 161 \$	3 036 146 \$	28 %	OUI	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
ZIMBABWE	40 168 252 \$	12 103 423 \$	30 %	OUI	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
TOTAL	4 259 233 917 \$	668 662 399 \$	16 %	NON	1 747 483 074 \$	262 657 839 \$	15 %	NON

1. Global Fund (2016) Results Report 2016. Página 10. Disponível online em https://www.theglobalfund.org/media/1122/corporate_2016resultsreport_report_en.pdf
2. UNAIDS (2016) Prevention Gap Report. Página 5. Disponível online em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf
3. HSRC (2014) South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012. Página xxiv.
4. IBBS survey, 2013-2014, citado em <http://aidsinfo.unaids.org/>
5. Central Statistical Agency (Etiópia) e ICF International. 2012. Ethiopia Demographic and Health Survey 2011. Calverton, Maryland, USA: Central Statistical Agency e ICF International.
6. Zimbabwe HIV Hot Spot Analysis 2015
7. 90% de todas as pessoas que vivem com VIH terão conhecimento do seu estatuto serológico, 90% de todas as pessoas diagnosticadas com VIH receberão terapia anti-retroviral contínua, e 90% de todas as pessoas a receber terapia anti-retroviral beneficiarão de supressão viral.
8. UNAIDS Fast-Track 2014 World AIDS Day Report. Página 6. Disponível online em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf
9. UNAIDS (2015) Invest in HIV Prevention. Página 4. Disponível online em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_en.pdf
10. Kenya HIV Prevention Revolution road map: count down to 2030. Nairobi: Kenya Ministry of Health; 2014. Disponível online em <http://www.lvcthealth.org/online-library?format=raw&task=download&fid=17>
11. (1) Garantir que as metas definidas são entendidos por financiadores, implementadores e beneficiários; (2) Solucionar impedimentos em termos de políticas de e jurídicos; (3) Priorizar áreas críticas e populações-chave para otimizar o impacto; (4) Fortalecer a Investigação, Acompanhamento e Avaliação; (5) Fortalecer a coordenação a nível local; (6) Aumentar a Eficiência na prestação de serviços; e (7) Assegurar a disponibilidade de recursos adequados para prevenção.
12. South African National Sex Worker HIV Plan 2016-2019. Disponível online em <http://sanac.org.za/2016/03/29/south-african-national-sex-worker-hiv-plan-2016-2019/>
13. Resolução adoptada pela Assembleia Geral a 8 de Junho de 2016 [sem referência a uma Comissão Principal (A/70/L.52)] 70/266. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030. Disponível online em <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>
14. UNAIDS (2015) Invest in HIV Prevention. Página 6. Disponível online em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_en.pdf
15. Populações-chave são definidas pela ONUSIDA como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, transexuais, pessoas que injectam drogas e presos. Nesta análise não é possível desagregar o financiamento para presos, portanto, o uso do termo inclui apenas os quatro primeiros grupos.
16. Global Fund (2016) Results Report. Página 24. Disponível online em https://www.theglobalfund.org/media/1122/corporate_2016resultsreport_report_en.pdf

17. Lloyed, M. (2017). Board approves new targets for the 2017-2022 Strategic KPI Framework. Global Fund Observer, Issue 308. Aidsplan. Disponível online em http://aidsplan.org/gfo_article/board-approves-new-targets-2017-2022-strategic-kpi-framework
18. www.aidsinfo.unaids.org
19. Davis, S. L., Goedel, W. C., Emerson, J., & Guven, B. S. (2017). Punitive laws, key population size estimates, and Global AIDS Response Progress Reports: an ecological study of 154 countries. Journal of the International AIDS Society, 20(1). Disponível online em <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/21386>
20. Botsuana, Cabo Verde, Etiópia, Gana, Libéria, Malawi, Maurícias, Moçambique, Nigéria, Quênia, Somália, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.
21. África do Sul, Angola, Guiné-Bissau, Lesoto, Serra Leoa e Zanzibar.
22. Angola, Botsuana, Etiópia, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Moçambique, Quênia, Serra Leoa, Somália, Sudão do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
23. Os serviços de despistagem de HIV e a prevenção da transmissão de mãe para filho são excluídos da definição de “trimestre para prevenção” da ONUSIDA. Para fins de coerência e comparação, estes módulos também foram excluídos da medição aqui.
24. Embora o novo quadro modular para o ciclo de financiamento 2017-2019 desagrega estas duas populações, a versão 2014-2016 - e, portanto, todas as rubricas orçamentais no pedido e subvenções assinadas deste período - não.
25. Green, A. (2017). Global Fund-supported programs suspended amid Tanzanian government crackdown on LGBT community. Global Fund Observer, Issue 307. Aidsplan. Disponível online em http://www.aidsplan.org/gfo_article/global-fund-supported-programs-suspended-amid-tanzanian-government-crackdown-lgbt-0
26. Global Fund (2012). Strategic Investments for Impact: Global Fund Results Report 2012. Página 68. Disponível online em http://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2014/10/Publication_2012Results_Report_en.pdf
27. Global Fund (2012). Strategic Investments for Impact: Global Fund Results Report 2012. Página 68. Disponível online em http://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2014/10/Publication_2012Results_Report_en.pdf
28. Oberth, G. (2016). Board approves costed grant extension to ensure continuity of HIV services in Mozambique. Global Fund Observer, Issue 293. Disponível online em http://www.aidsplan.org/gfo_article/board-approves-costed-grant-extension-ensure-continuity-hiv-services-mozambique
29. See <http://www.fast-trackcities.org>
30. É importante lembrar que o financiamento contido em subvenções administradas pelo governo é muitas vezes repassado a organizações da sociedade civil a qualidade de sub-beneficiários e sub-sub-beneficiários. O mesmo se aplica às subvenções administradas pelas agências das Nações Unidas.
31. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. Página 15
32. Oberth, G., Mumba, O., Bhayani, L., Daku, M. & Oberth, C. (2015). Assessing the Inclusion of Civil Society Priorities in Global Fund Concept Notes. Eastern Africa National Networks of AIDS Service Organizations (EANNASO). Disponível online em <http://www.eannaso.org/resources/reports/32-eannaso-2015-assessing-the-inclusion-of-civil-society-priorities-in-global-fund-concept-notes/file>

33. Oberth, G., Mumba, O., Bhayani, L., Daku, M. & Oberth, C. (2015). Assessing the Inclusion of Civil Society Priorities in Global Fund Concept Notes. Eastern Africa National Networks of AIDS Service Organizations (EANNASO). Disponível online em <http://www.eannaso.org/resources/reports/32-eannaso-2015-assessing-the-inclusion-of-civil-society-priorities-in-global-fund-concept-notes/file>
 34. The Henry J. Kaiser Foundation & UNAIDS (2016). Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2015. Página 9. Online http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/financing-the-response-to-HIV-in-low-and-middle-income-countries_en.pdf
 35. Consultar: <http://copsdata.amfar.org/s/2016>
 36. UNAIDS (2015). How AIDS Changed Everything. MDG6: 15 Year, 15 Lessons of Hope from the Response. Disponível online em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf
 37. UNAIDS (2015). How AIDS Changed Everything. MDG6: 15 Year, 15 Lessons of Hope from the Response. Página 194. Disponível online em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf
 38. UNAIDS (2015) Invest in HIV Prevention. Página 6. Disponível online em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_en.pdf
 39. Consultar www.aplma.org
 40. Valores incluem tanto os pedidos previstos em atribuições, como pedidos feitos acima do previsto pelas atribuições.
 41. Parte do módulo Tuberculose/VIH.
 42. Embora o pedido de financiamento não está disponível no site do Fundo Mundial, estão lá acordos de subvenções assinados (para todos os PB com a exceção do Departamento Nacional de Saúde). A subvenção de Keth'Impilo é altamente ilegível.
 43. A subvenção está disponível em ambiente público, mas os números na versão digitalizada são ilegíveis pois a imagem está tremida.
 44. Estão disponíveis os relatórios de desempenho da subvenção, mas não os acordos de desempenho (que contêm o orçamento final da subvenção).
 45. Estão disponíveis os relatórios de desempenho da subvenção, mas não os acordos de desempenho (que contêm o orçamento final da subvenção).
 46. Estão disponíveis os relatórios de desempenho da subvenção, mas não os acordos de desempenho (que contêm o orçamento final da subvenção).
 47. A subvenção do PLS está disponível, mas não a da Secretaria Nacional da SIDA
 48. A subvenção da Sociedade pela família está disponível online, mas não apresenta o orçamento. A subvenção para a Agência Nacional para o Controlo da SIDA (NACA) mostra \$17,985,828 para a prevenção da transmissão da mãe para a criança. É tudo o que está publicamente disponível.
-



ICASO

120 Carlton St., Suite 311
Toronto, ON
Canada M5A 4K2
Tel: +1 416 921 0018

Email: icaso@icaso.org | Web: www.icaso.org

EANNASO

Kundayo Street - Kwa Shabani
Arusha - Moshi Rd, Kimandolu
P.O Box 6187, Arusha, Tanzania
Tel: +255 737 210598

Email: eannaso@eannaso.org | Web: www.eannaso.org