

**TAG**

Treatment Action Group

[www.treatmentactiongroup.org](http://www.treatmentactiongroup.org)

# **PRIORIZAÇÃO DO VÍRUS DA HEPATITE C (HCV) NO COP PEPFAR 2022**

**JOELLE DOUNTIO O.**

**COMMUNITY ENGAGEMENT OFFICER, PROJETO HCV  
TREATMENT ACTION GROUP (TAG)**

**03 de fevereiro, 2022**

# METAS GLOBAIS PARA A ELIMINAÇÃO DA HEPATITE?



## GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON VIRAL HEPATITIS 2016–2021

### TOWARDS ENDING VIRAL HEPATITIS

#### GLOBAL VISION

A world where viral hepatitis transmission is halted and everyone living with viral hepatitis has access to safe, affordable and effective prevention, care and treatment services.

#### GOAL

Eliminate viral hepatitis as a major public health threat by 2030.<sup>3</sup>

90% de redução na incidência\*  
65% de redução na mortalidade;  
90% das pessoas infectadas com hepatite C a serem diagnosticadas; e  
80% das pessoas diagnosticadas a serem tratadas.<sup>3</sup>

- 90 percent reduction in incidence;
- 65 percent reduction in mortality;
- 90 percent of people infected with hepatitis C to be diagnosed; and
- 80 percent of people diagnosed to be treated.<sup>3</sup>

**\* Todas as metas relativas às linhas de base de 2015**

**TAG**  
Treatment Action Group

# EPIDEMIA MUNDIAL HCV

## OMS (dados 2019)

HCV: 58M de pessoas com infecção crônica pelo HCV e 290.000 óbitos por ano

**Est. 2,3M coinfeção HIV/HCV globalmente**

**África:** Mais de 10M de pessoas afetadas pelo HCV

## Carga global do HCV entre pessoas que injetam drogas:

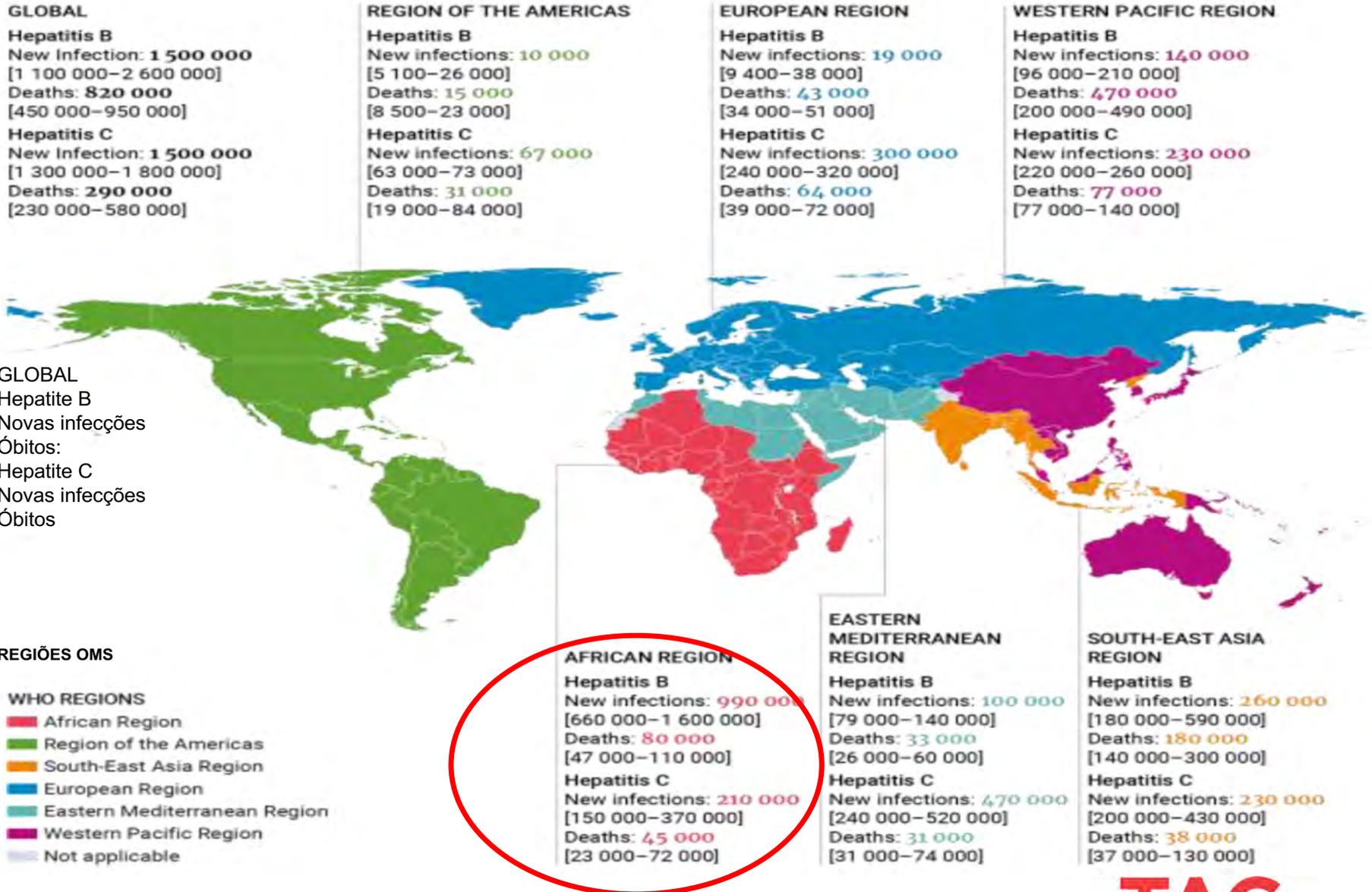
**Est. 15,6M de pessoas que usam drogas injetáveis**

**Est. 3,2M de mulheres que usam drogas injetáveis**

**Est. 8,2M de pessoas que usam drogas injetáveis testam positivo para anticorpo HCV (52,3%).**



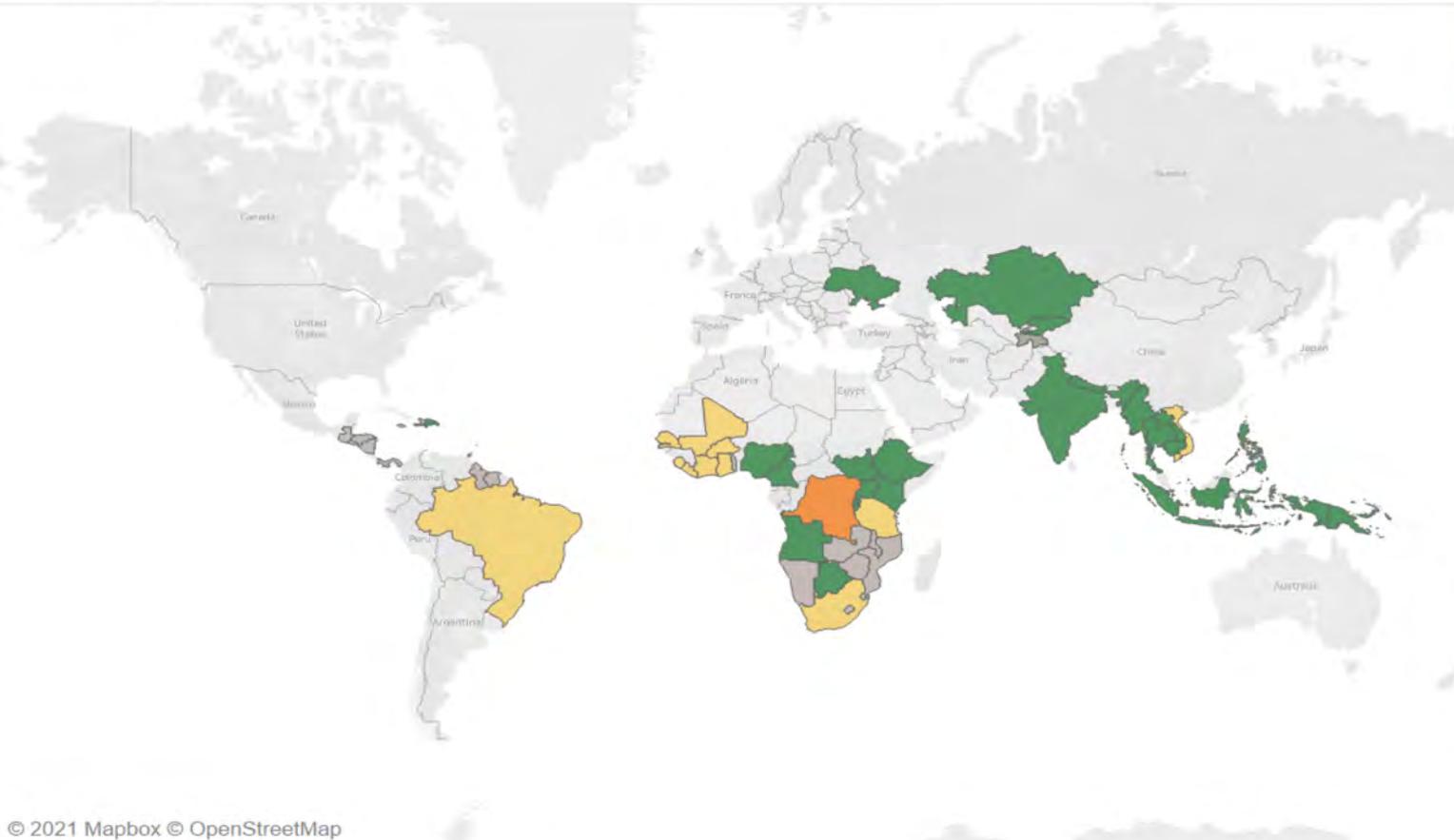
# NOVAS INFECÇÕES & MORTALIDADE POR REGIÃO





# 24 PAÍSES PEPFAR COM PLANOS NACIONAIS DE HEPATITE

Plano em desenvolvimento TBC  
Plano em desenvolvimento  
Plano implementado  
Sem dados



Plan in development TBC  
Plan in development  
Plan in place  
No data

Angola, Botswana  
Burundi, Camboja,  
Camarões, Rep  
Dominicana, Etiópia,  
Índia  
Indonésia, Cazaquistão,  
Quênia, Quirquístão,  
Laos, Mianmar  
Nepal, Nigéria, Filipinas,  
Ruanda,  
Sudão do Sul, Tadjiquistão,  
Tailândia, Uganda,  
Ucrânia

Outros Países:  
Argélia, Argentina,  
Austrália, Brasil,  
Colômbia, Egito, Etiópia,  
Geórgia, Gana, Índia,  
México, Paquistão,  
Paraguai, Peru, Filipinas,  
África do Sul, Tanzânia,  
Turquia, EUA, Burundi,  
Mianmar, Senegal

© 2021 Mapbox © OpenStreetMap

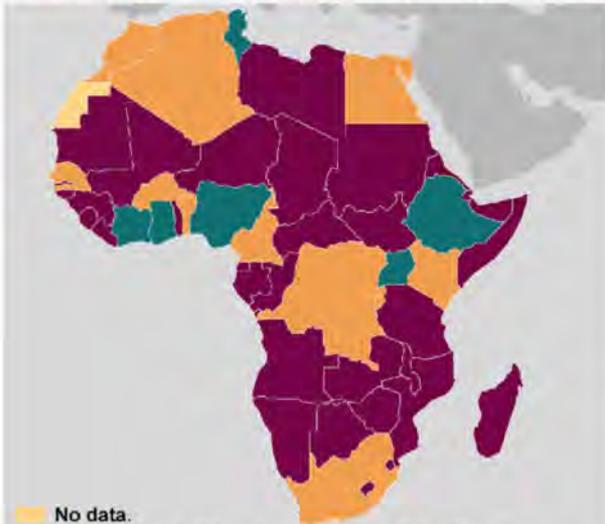
Map based on Longitude (generated) and Latitude (generated). Color shows details about Plan as an attribute.

Fontes: WHO Policy Brief 2019; MSF Analysis 2019; mapCrowd 2019; Harm Reduction International; WHO: Hepatitis Scorecard for the WHO Africa Region Implementing the hepatitis elimination strategy, 2020.

# RESTRIÇÕES DE TRATAMENTO NA ÁFRICA

Países com restrição por fibrose  
Países sem dados sobre restrição por fibrose

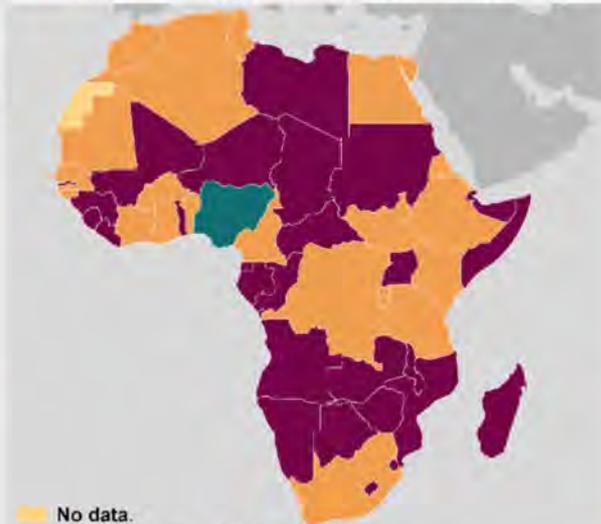
Countries with Fibrosis restrictions



- **No data.**
- **Countries with Fibrosis restrictions:** Côte d'Ivoire, Ethiopia, Ghana, Nigeria, Tunisia, Uganda.
- **Countries with no fibrosis restrictions:** Algeria, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Congo–The Democratic Republic of, Egypt, Kenya, Mauritius, Morocco, Rwanda, Senegal, South Africa.
- **Countries with no data on fibrosis restrictions:** Angola, Botswana, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo–Republic of The, Djibouti, Equatorial Guinea, Eritrea, Eswatini, Gabon, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Lesotho, Liberia, Libya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Namibia, Niger, Sao Tome and Principe, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, South Sudan, Sudan, Tanzania, Togo, Zambia, Zimbabwe.

Países com restrição por sobriedade  
Países sem dados sobre restrição por sobriedade

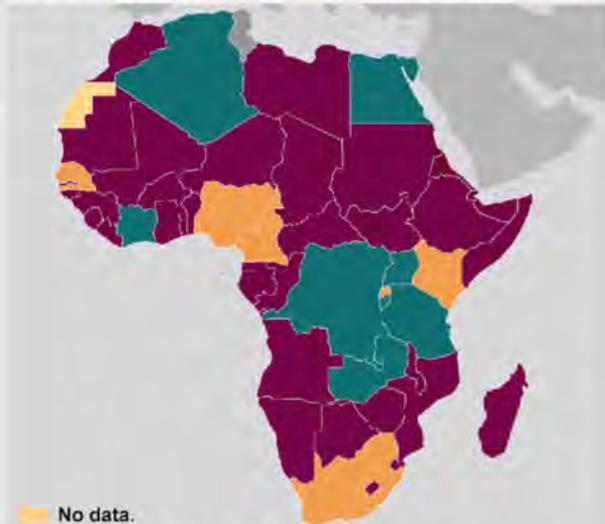
Countries with Sobriety restrictions



- **No data.**
- **Countries with sobriety restrictions:** Mauritius\*, Nigeria\*.
- **Countries with no sobriety restrictions:** Algeria, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Congo–Democratic Republic of The, Côte d'Ivoire, Egypt, Eritrea, Ethiopia, Ghana, Guinea-Bissau, Kenya, Mauritania, Morocco, Nigeria, Rwanda, Senegal, South Africa, South Sudan, Tanzania, Tunisia.
- **Countries with no data on sobriety restrictions:** Angola, Botswana, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo–Republic of The, Djibouti, Equatorial Guinea, Eswatini, Gabon, Gambia, Guinea, Lesotho, Liberia, Libya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Sao Tome and Principe, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

Países com restrição por prescritor  
Países sem dados sobre restrição por prescritor

Countries with Prescriber restrictions



- **No data.**
- **Countries with prescriber restrictions:** Algeria, Burundi, Congo–Democratic Republic of The, Côte d'Ivoire, Egypt, Tanzania, Uganda, Zambia.
- **Countries with no prescriber restrictions:** Cameroon, Kenya, Mauritius, Nigeria, Rwanda, Senegal, South Africa.
- **Countries with no data on prescriber restrictions:** Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo–Republic of The, Djibouti, Equatorial Guinea, Eritrea, Eswatini, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Lesotho, Liberia, Libya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Morocco, Mozambique, Namibia, Niger, Sao Tome and Principe, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, South Sudan, Sudan, Togo, Zambia, Zimbabwe.

# O QUE O COP FINAL 2022 DIZ SOBRE HCV?

Hepatite viral/hepatite menção - **20 vezes**; HCV - **6 vezes**; e HBV - **8 vezes**

- **6.3.1.8 Testes na comunidade:** “Os estudos mostram que as estratégias de testagem na comunidade que integram as avaliações de saúde e rastreamento de múltiplas doenças podem efetivamente reduzir o estigma dentro da comunidade pela normalização do teste HIV como parte da rotina de assistência à saúde...entre as populações chave, o alcance da testagem para HIV é maior quando combinado com testagem para TB, DST, FP, e/ou **hepatite** mas um tanto menor quando combinado a rastreamento para condições crônicas...” Os planos dos países podem também **incluir autoteste para HCV em suas estratégias de autotestes para HIV.**
- **6.6.1.4 Diagnóstico:** “... diagnosticar e monitorar múltiplas doenças, incluindo HIV e TB mas também COVID-19, **hepatite C...**” References GeneXpert e outras plataformas diagnósticas para múltiplas doenças. Os países podem **“incluir teste de carga viral de HCV em serviços de assistência onde existem serviços de testagem em serviços de assistência do HIV.”**

# O QUE O COP FINAL 2022 DIZ SOBRE HCV?

- **2.3.5 Abordagem de comorbidades (p. 87):** “considerar abordagem de comorbidades adicionais (...**hepatite viral**, doenças não infecciosas, doença mental) de forma a priorizar com base no seu impacto no tratamento do HIV e saúde dos clientes. A abordagem de comorbidades adicionais usando fundos do COP só deve ser proposta se construída sobre plataforma de entrega sólida de serviços PEPFAR para HIV e se puder ser feita sem impacto adverso nos serviços para HIV; é desestimulada se o controle epidêmico não tiver sido alcançado de forma equitativa em todas as regiões e populações...(Meta 1). Deve ser desenhada tendo em mente as Metas 2 e 3 —por exemplo, **alavancagem de laboratório, cadeia de suprimentos, HRH e sistemas de informação duradouros, assim como garantindo parceria e alinhamento com programas nacionais de saúde....**” Mais especificamente, dentro de OUs PEPFAR, distritos (SNUs) que demonstraram cumprimentos equitativos das metas 95/95/95 podem oferecer, como parte da estratégia do plano operacional, **financiamento para serviços mais abrangentes para pessoas afetadas pelo HIV, como diagnóstico e tratamento da hepatite B e C. Se esses serviços adicionais forem financiados no COP como programa PEPFAR, devem ser oferecidos de forma equitativa e sem discriminação...** Os programas devem fazer referência às recomendações atualizadas da OMS para testagem de **hepatite B e C.**”

# LINGUAGEM PROPOSTA PARA A COP 2022

- **Exigimos seção separada em coinfeção viral por hepatite!**
- **2.3.5 Abordagem de comorbidades:** “alavancagem de laboratório, cadeia de suprimento, HRH e sistemas de informação duradouros, assim como garantia de parceria e alinhamento com programas nacionais de saúde para comorbidades tais como hepatite viral como parte de assistência otimizada de HIV, e serviços para mono infecção devem ser oferecidos como parte de estratégias de prevenção, rastreamento e testagem.”
- **6.4 Otimização de Assistência e Tratamento do HIV:** Com antivirais de ação direta pangenotípicos altamente eficazes e seguros, as pessoas afetadas pelo HCV podem ser efetivamente curadas e não transmitir o vírus, desde que haja implementação de atividades educativas em prevenção que sejam precisas e adequadas, e acesso a materiais de redução de dano. Inclusão a tratamento precoce de HCV para pessoas com coinfeção HIV/HCV pode prevenir ainda lesões hepáticas e câncer de fígado e melhorar os desfechos em HIV e saúde.
- **O PEPFAR deve aumentar o financiamento para redução de danos e pacotes de serviços abrangentes para hepatite viral** (incluindo vacina para HBV, programas de fornecimento de agulhas e seringas (NSP), medicações para transtornos no uso de opioides (MOUD), naloxona, DAAs as TasP) para pessoas afetadas pelo HIV ou com risco para HIV.
- **Atividades de prevenção e educação**
  - **2.3.3 TARV Contínua centrada no indivíduo:** inclui “pessoas que usam e injetam drogas e seus parceiros sexuais”
  - **6.2 Prevenção Primária:** Alinhar com diretrizes da OMS para hepatite “...Serviços de prevenção devem promover literacia em saúde e no tratamento da transmissão e prevenção da hepatite viral. Devem oferecer fácil acesso a testagem de hepatite viral, tratamento DAA e vacinação contra HBV para pessoas com maior risco, incluindo pessoas que usam drogas e drogas injetáveis. Além disso, serviços de prevenção devem defender e implementar pacotes abrangentes de intervenções de redução de danos...”
  - “Abordagem de coinfeções com hepatite viral pode prevenir câncer de fígado.”
  - “Abordagem de HBV pode prevenir hepatite D” (para a qual não há tratamento ou vacina).

# LINGUAGEM PROPOSTA PARA COP 2022

- **6.3 Estratégias de Serviços para testagem de HIV** : PEPFAR pode financiar: compras de cartuchos de GeneXpert HCV; Abbott RealTime; testes e plataformas diagnósticas Roche Cobas Taqman HCV; transporte de amostras, e fortalecimento da rede de laboratórios para **integrar exame de hepatite viral usando infraestrutura existente para HIV**. PEPFAR pode cobrir treinamento e suporte para Programas Nacionais de AIDS e Hepatite Viral para **atualizar as diretrizes nacionais de diagnósticos em direção a algoritmos de diagnóstico mais simples e descentralizados que incluam testagem em ponto de atendimento**.
- **6.3.1.8 Serviços de Testagem com base em comunidade-alvo**: “Os Programas devem considerar a incorporação de **HIVDST [e HCV –autoteste de anticorpos]** em estratégias de testagem na comunidade onde for pertinente.”
- **6.4 Otimização de Assistência e Tratamento de HIV** : inclui **integração de hepatite viral no algoritmo de diagnóstico de HIV**.

# DESCULPAS & CONTRA-ARGUMENTAÇÃO

- “Não faz parte da missão/prioridades do PEPFAR”

*Faz parte da tentativa de alcançar os mais vulneráveis onde se encontram, com aquilo de que precisam.”*

- “Solicitado a fazer mais com menos \$”

*Mudança simples de política (usar infraestrutura existente para HIV para testagem de HCV).*

*Tratar coinfeções HIV & HCV é custo-efetivo & economiza custos.*

*Diagnóstico & tratamento precoces do HCV e redução de danos abrangente melhora os desfechos tanto para coinfectados e monoinfectados por HIV, & pessoas que usam drogas & drogas injetáveis, e evitam complicações crônicas (cirrose e câncer de fígado).*

- “DAAs são caros demais”

*Graças ao programa da CHAI de testagem & tratamento = abaixo de \$80 por paciente.*

- “Não financiará agulhas/seringas (devido a proibição federal)”

*Agulhas/seringas custam centavos. A proibição federal está por ser retirada nos EUA. Os países não devem ser desestimulados a incluir NSPs e programas abrangentes de redução de danos em seus COPs.*

# PERGUNTAS?

## Contatos & Mídia Social

**Joelle Dountio O.**

Community Engagement Officer, HCV Project  
jdountio@treatmentactiongroup.org

  @TAGTeam\_Tweets  
 @treatmentactiongroup

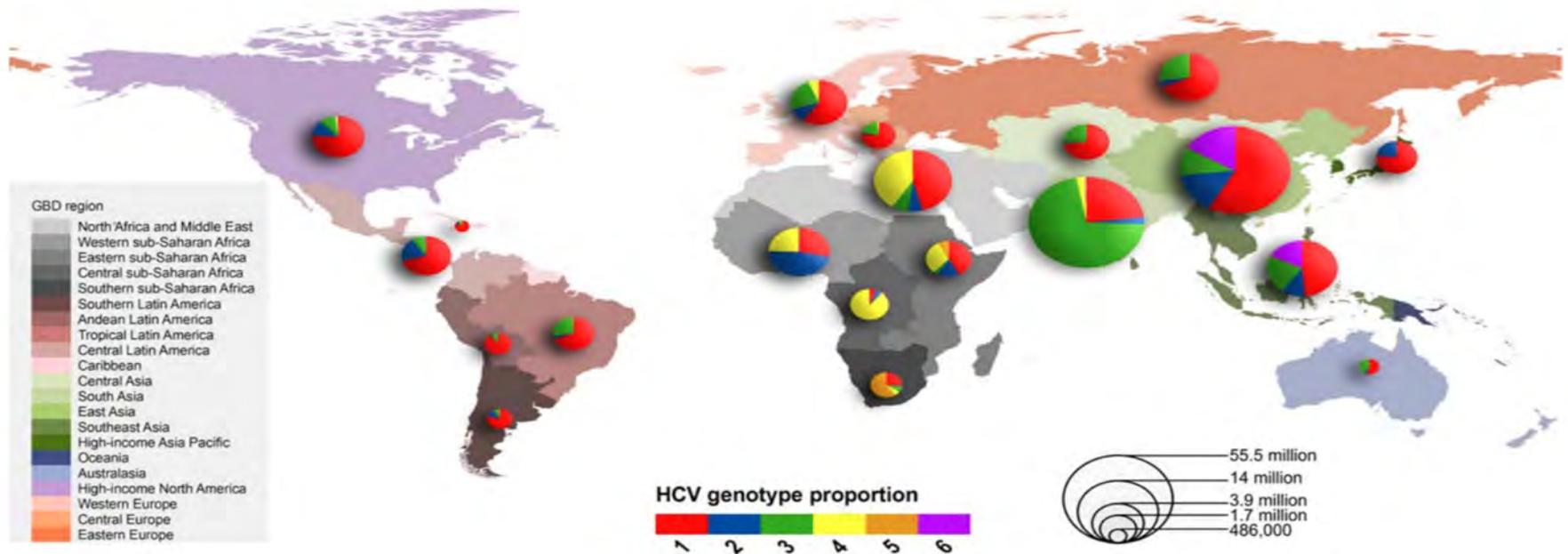
hepCoalition.org  
mapCrowd.org

  @hepCoalition  
 @hepcoalition\_mapcrowd

# POR QUE HEPATITE? POR QUE AGORA?

- Hepatite viral = **doença silenciosa**
- Causa doença hepática & câncer de fígado
- **Tratamento precoce: Lesão hepática pelo HCV** ocorre lentamente, **progride** mais rapidamente em **pessoas afetadas por HIV**
- A coinfeção HIV/HCV torna o **tratamento do HIV mais complicado** (necessidade de checar interações entre drogas) & pode aumentar a toxicidade hepática
- Verificar a saúde de seu fígado. **Exames de função hepática** = oportunidades para testar coinfeção
- 4% de risco de transmissão materno-infantil do HCV, mas **nenhum protocolo claro para triagem/testagem de gestantes** ou segurança de DAA durante a gestação
- Para pessoas afetadas com HIV, **tomando ARV, pode haver redução no risco de transmissão de HIV & HCV**
- **Plano regional para a África** = Devemos exigir investimentos em hepatite viral!
- Novo guia global da OMS esperado em 2022; **tempo para alinhar COPs com estratégias/metabolismo da OMS e UNAIDS / Fundo Global**

# DIFICULDADE NO TRATAMENTO DE SUBTIPOS



\*NB: Não cobre subtipos de genótipo HCV: não-1a/1b; 4a, 4k, 4p, 4q, 4r, 4s

Os subtipos **GT1I** e **GT4r**, amplamente distribuídos na África ocidental, central e oriental, apresentam resposta pobre ao SOF/LED e **devem ser tratados com SOF/DAC, ou se disponíveis SOF/VEL ou SOF/VEL/VOX.**

Fontes:

Messina et al. Hepatol. 2015; Aranday-Cortes et al. J. of Inf. D. 2021; Gupta N et Al. Lancet

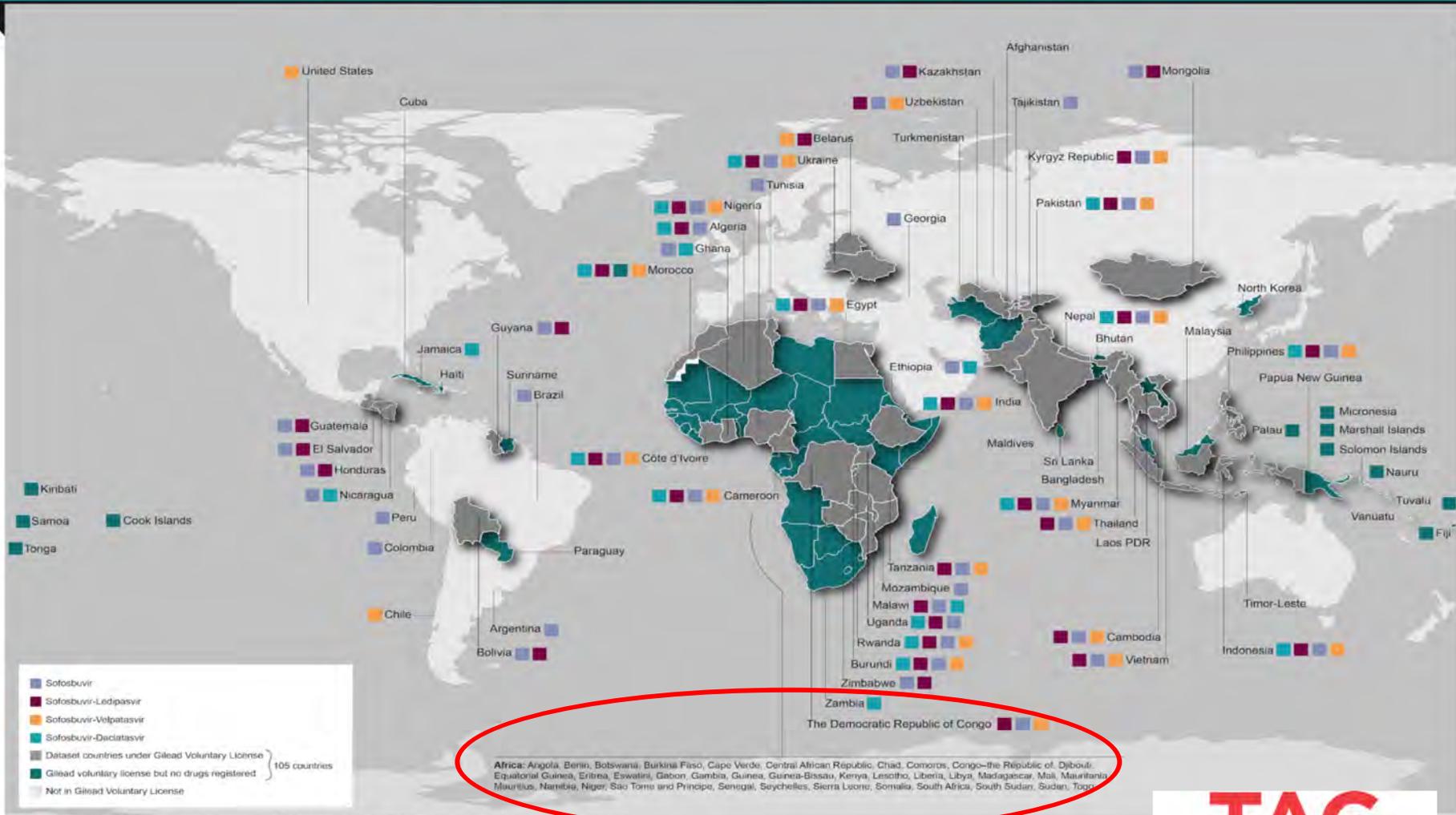
Gastroenterology & Hepatology 2019



# REGISTRO DE ANTIVIRAIS DE AÇÃO DIRETA (DAA) EM PAÍSES PEPFAR / ÁFRICA

Registro de DAA genérico baseado em Sofosbuvir com Licenças Voluntárias da Gilead

Registration of Generic Sofosbuvir-based DAAs Under Gilead's Voluntary Licenses



There are 41 countries where generic sofosbuvir-based DAAs are registered out of 105 countries in the Gilead voluntary license.

Existem 41 países onde o DAA genérico baseado no sofosbuvir está registrado entre 105 países na licença voluntária Gilead

# Integração de Hepatite B para PEPFAR

---

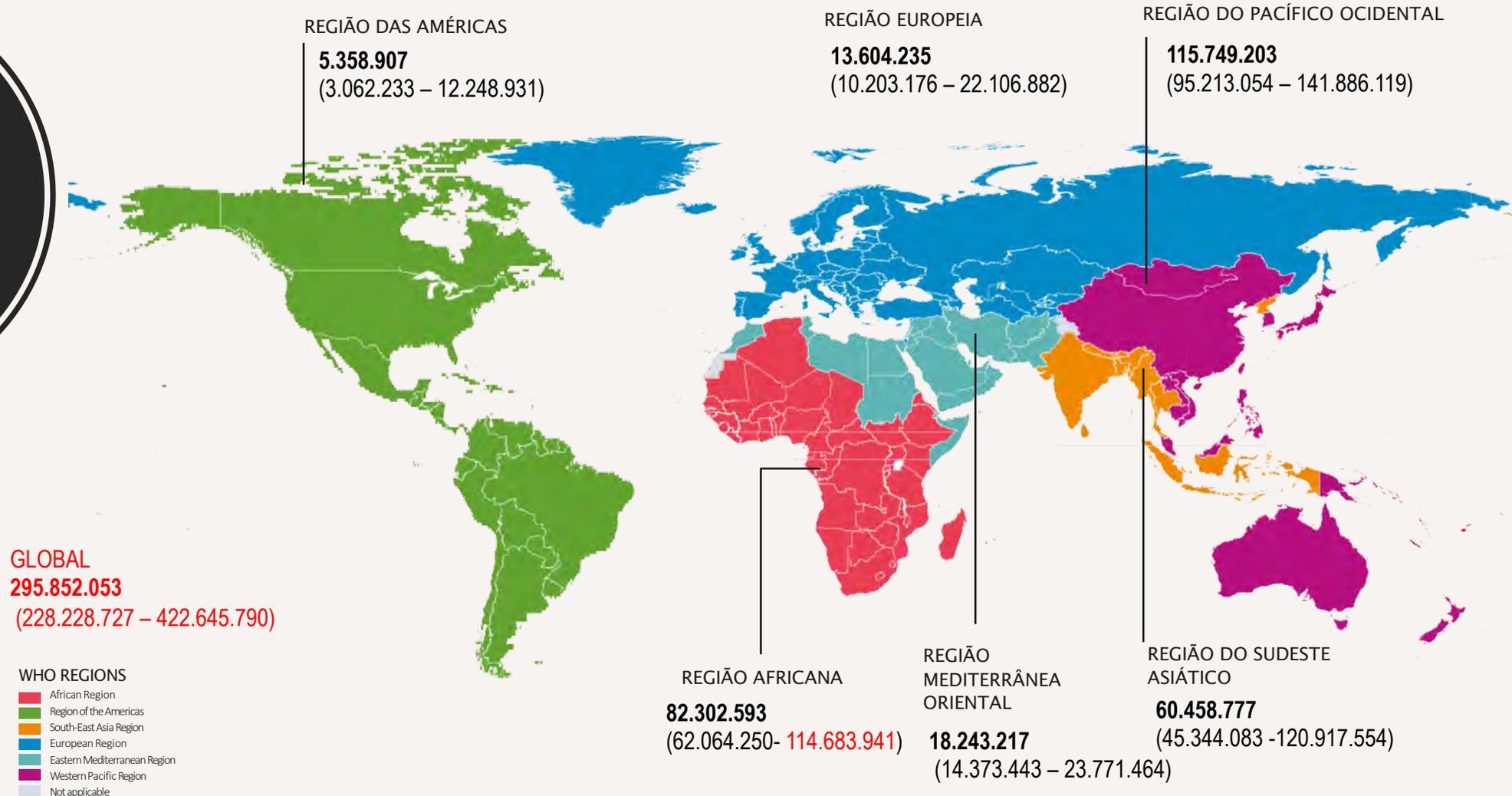
**Danjuma Adda**

**Presidente, World Hepatitis Alliance**

**03/02/2022**

# Ônus da infecção por HBV (HBsAg) na população geral por região da OMS, 2019:

296 milhões



# Epidemiologia Global da Hepatite B

O ônus da infecção por hepatite B nas regiões da OMS:

OMS Região do Pacífico Ocidental: 116 milhões

OMS Região Africana: 81 milhões

OMS Região Mediterrânea Oriental: 60 milhões

OMS Região do Sudeste Asiático: 18 milhões

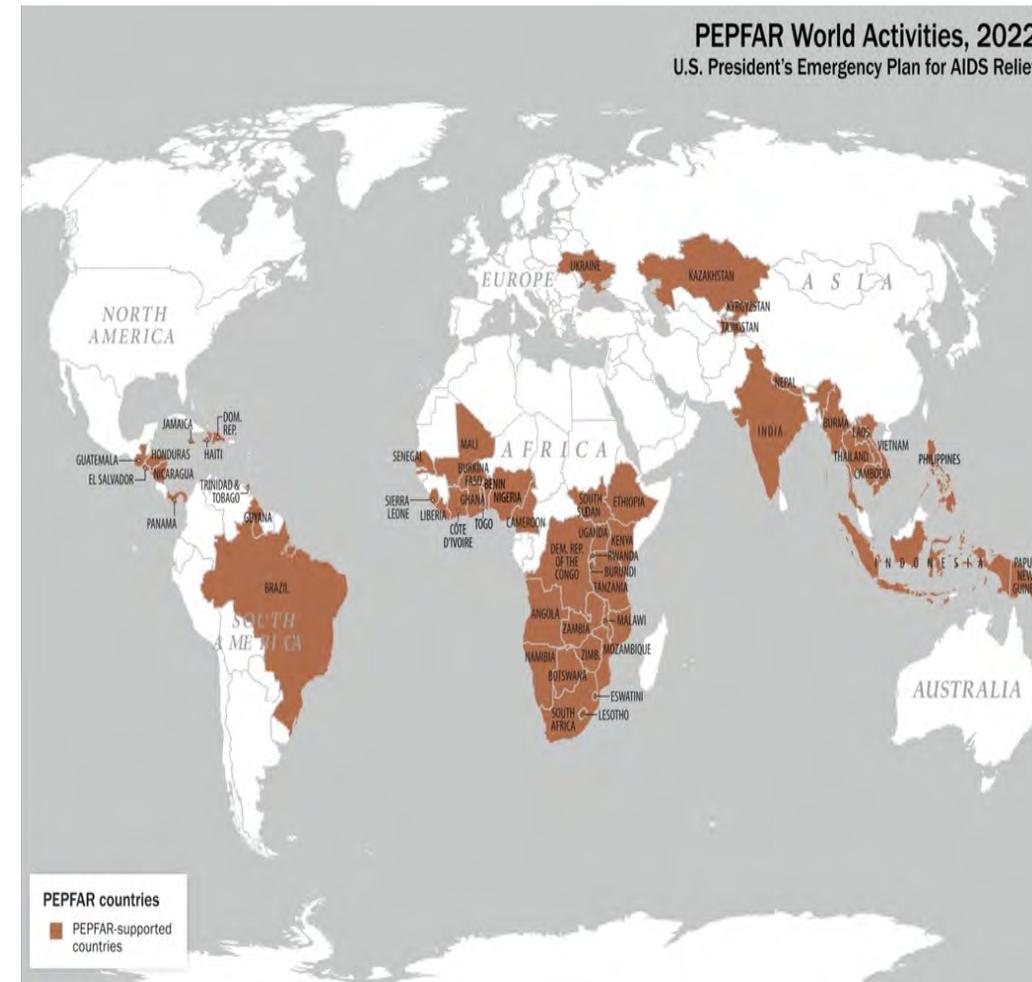
OMS Região Europeia: 14 milhões

OMS Região das Américas: 5 milhões

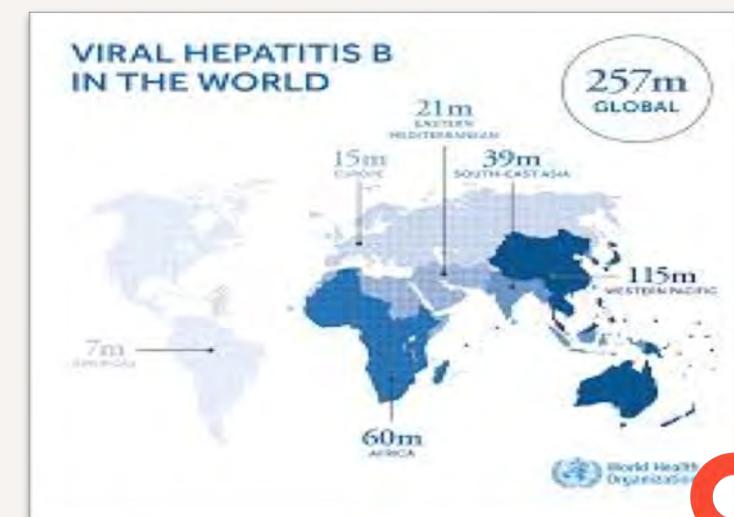
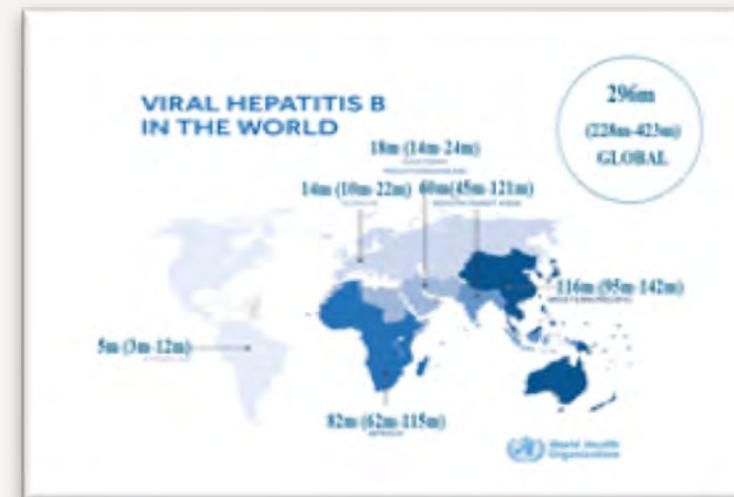
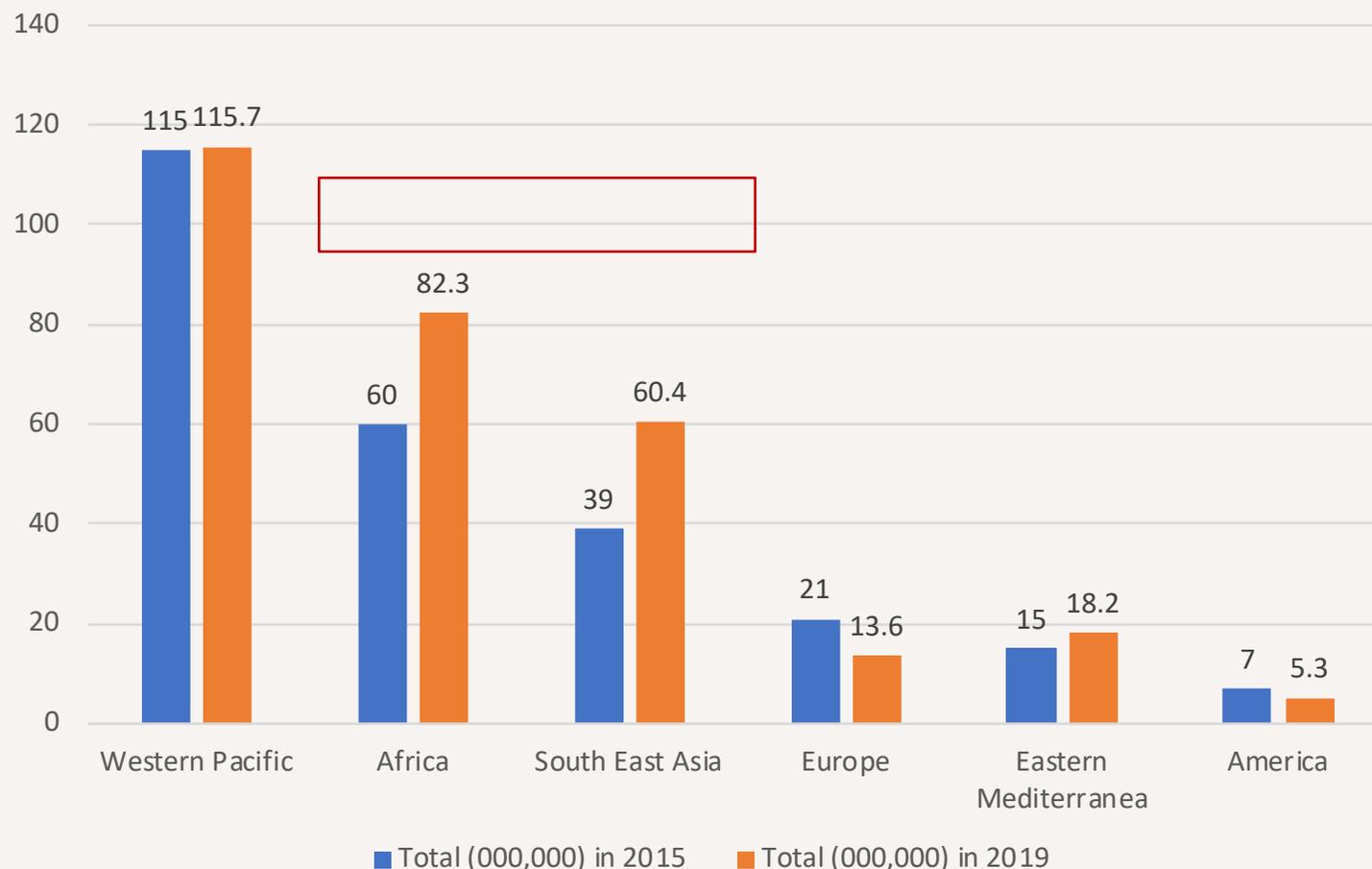


# Epidemia de HBV em Países PEPFAR

Botswana: 0	Angola: 10% (2,9m)
Costa do Marfim: 9% (2.9m)	Camarões: 7% (1,6m)
Etiópia: 8% (7,8m)	Eswatini: 10% (107.000)
Quênia: 1% (558.677)	Haiti: 3% (312.000)
Moçambique: 8% (2,1m)	Lesoto: 12% (246.000)
Namíbia: 0	Malawi: 3% (585.474)
Nigéria: 8% (20,7m)	Ucrânia: 1% (531.000)
Ruanda: 3% (399.987)	Vietnã: 8% (7,7m)
África do Sul: 5% (3,2m)	Mali: 5% (935)
Tanzânia: 4% (2,2m)	Gana: 10% (2,8m)
Uganda: 6% (2,2m)	Libéria: 10% (465.000)
Zâmbia: 3% (539.975)	

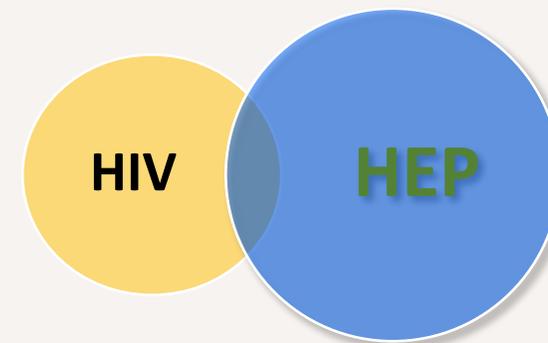


# Aumento do ônus global estimado de 257 milhões (2015) para 296 milhões (2019)



Aumento do ônus regional principalmente nas regiões AFRO e SEARO, responsáveis pelo aumento global. Diminuição nas Regiões Europeia e das Américas

# HIV e Hepatite B e C



- 34 milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas por **HIV**
  - 1-3 milhões PWID
- 240 milhões de pessoas no mundo são afetadas por infecção crônica por **HBV**
  - 6-26% das pessoas afetadas pelo HIV têm coinfeção por HBV
- 170 milhões de pessoas no mundo são afetadas por infecção crônica por **HCV**
- 25-30% das pessoas afetadas pelo HIV têm coinfeção por HCV
  - 72-95% de PWID afetadas por HIV têm coinfeção por HCV
- ~10 milhões de PWID têm HCV (77 países)

# Financiamento e Custo da Eliminação de Hepatite

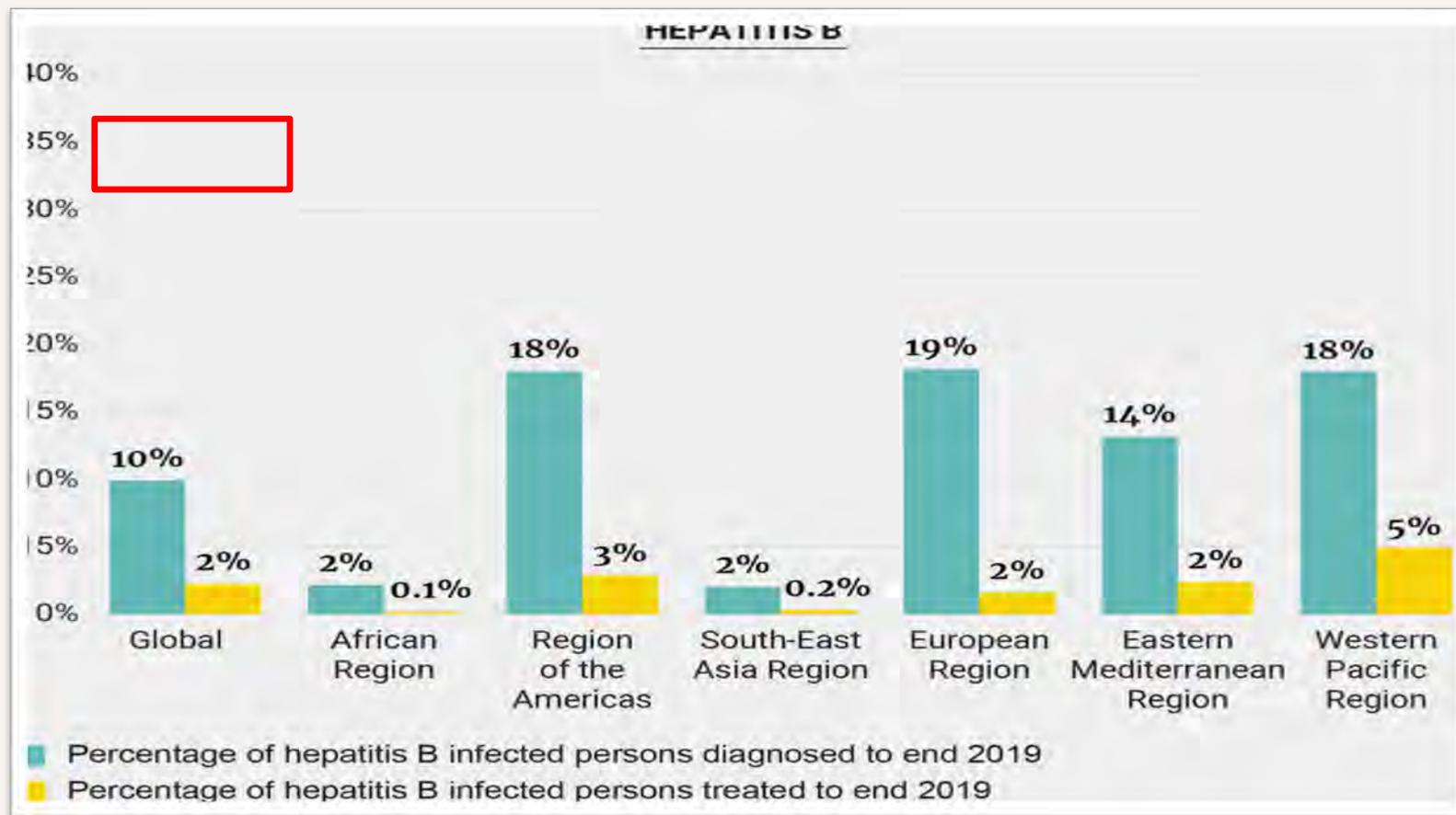
- Os planos nacionais de eliminação em geral não são bem financiados
- O custo do diagnóstico e tratamento não é viável para todos (ex, HCV RNA, diagnóstico por HBV DNA, variação do custo de tratamento)
- Ausência de uma agência internacional de financiamento
- O Fórum Econômico Mundial lançou a Iniciativa de Eliminação da Hepatite = falhou Hepatitis Elimination Initiative



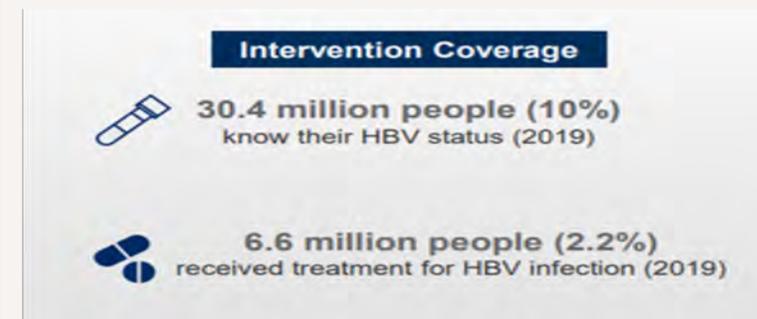
#### Partners

Abbott Laboratories  
Cepheid  
Clinton Health Access Initiative  
Egypt Government  
Roche  
The Hepatitis Fund (EndHep2030)  
Pharco  
World Economic Forum  
World Health Organization (WHO)

# As principais lacunas na testagem e no tratamento para conseguir eliminação na saúde pública



Somente **10%** do número estimado de **296 milhões** de pessoas afetadas pela infecção crônica por HBV foram diagnosticadas em 2019, com variação por região (**apenas 2% em tratamento**)



## Cobertura da Intervenção

30,4 milhões de pessoas (10%) conhecem seu status HBV (2019)

6,6 milhões de pessoas (2,2%) receberam tratamento para infecção por HBV (2019)

# Necessidades não atendidas em HBV

- Pacientes mono-afetados com HBV não têm acesso a Tenofovir (TDF/TAF)
- O pagamento particular de testes e tratamentos de HBV levam muitos a pobreza
- Pouco acesso a testes diagnósticos HBV em local de atendimento
- Algoritmos de testagem e tratamento de HBV são difíceis
- Pouco envolvimento de pacientes da África em estudos clínicos voltados para a cura de HBV
- Pouca cobertura de vacina **Hepatite B ao nascimento**: GAVI postergado em função da necessidade de oferecer suporte aos países para atenderem os desafios do COVID-19

**Pouca vontade política e ação pelos governos e financiadores**



# Estigma e discriminação

## World Hepatitis Alliance Civil Society Survey Global Findings Report

## Pesquisa da World Hepatitis Alliance com a sociedade civil Achados Gerais do Relatório

53% 

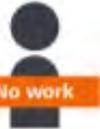
of respondents reported that they were aware of people being excluded socially  
53% responderam que conheciam pessoas sendo excluídas socialmente

40% 

reported they were aware of people being excluded at work  
40% responderam que conheciam pessoas sendo excluídas no trabalho

37% 

reported they were aware of people living with viral hepatitis being abandoned by a spouse or family  
37% responderam que conheciam pessoas com hepatite viral sendo abandonadas por seus cônjuges ou familiares

42% 

of respondents reported they were aware of people living with viral hepatitis losing their job or income  
42% responderam que conheciam pessoas afetadas pela hepatite viral que tinham perdido emprego ou renda

40% 

of respondents reported that people living with viral hepatitis had been denied employment opportunities outside of healthcare  
40% responderam que pessoas afetadas pela hepatite viral não tinham tido oportunidade de trabalho fora da área da saúde

39% 

of respondents reported that people living with viral hepatitis had been denied employment specifically in healthcare  
39% responderam que pessoas afetadas pela hepatite viral não tinham tido oportunidade de trabalho exatamente na área da saúde

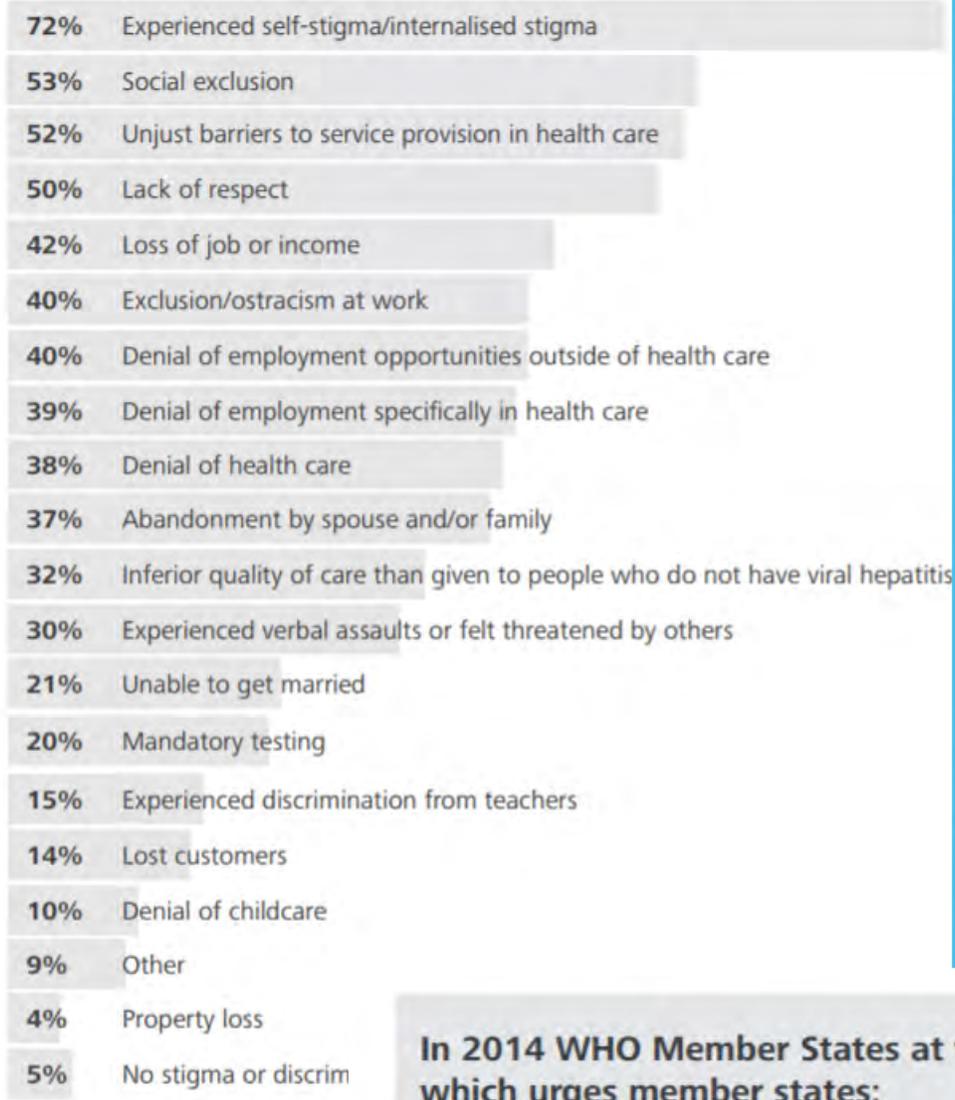
14% 

of respondents reported that people living with viral hepatitis had lost customers  
14% responderam que pessoas afetadas pela hepatite viral tinham perdido seus clientes

**Holding governments accountable: World Hepatitis Alliance civil society survey global findings report.**

World Hepatitis Alliance, London; 2017 [http://www.worldhepatitisalliance.org/sites/default/files/resources/documents/holding\\_governments\\_accountable\\_-\\_civil\\_society\\_survey\\_report.pdf](http://www.worldhepatitisalliance.org/sites/default/files/resources/documents/holding_governments_accountable_-_civil_society_survey_report.pdf)

**Form of stigma/discrimination** (Percentage of respondents who gave this answer)



**Holding governments accountable: World** respondent  
Hepatitis Alliance civil society survey global  
findings report.



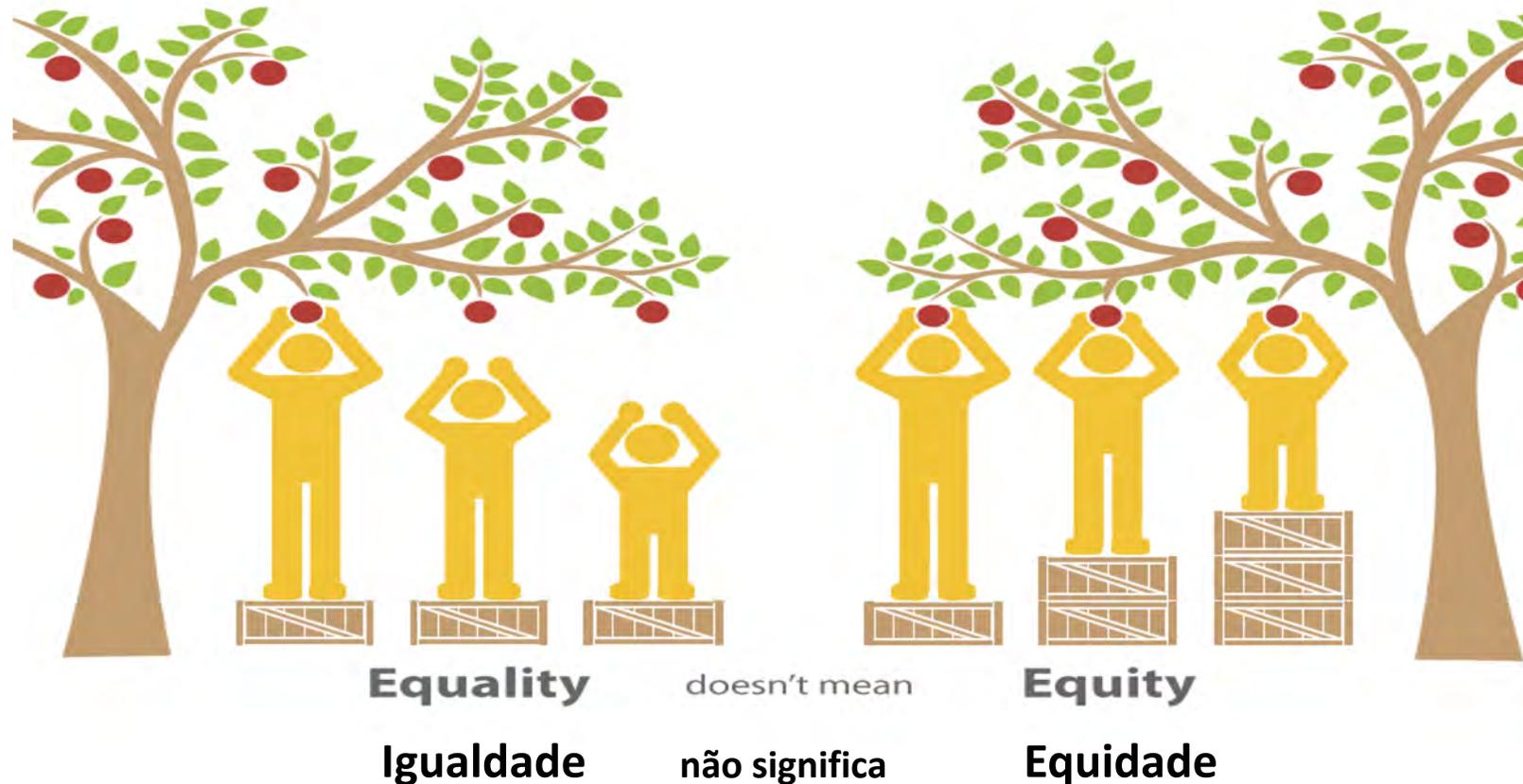
Forma de estigma/discriminação (% que deram  
essa resposta)  
73% Sofreu auto-estigma/estigma internalizado  
53% Exclusão Social  
52% Barreiras injustas para atendimento em  
serviço de saúde  
50% Falta de respeito  
42% Perda de emprego ou renda  
40% Exclusão/ostracismo no trabalho  
40% Negadas oportunidades de emprego  
fora da assistência à saúde  
39% Negado emprego especificamente em  
Assistência à saúde  
38% Negada assistência à saúde  
37% Abandono por cônjuge e ou família  
32% Qualidade de assistência inferior a dada a  
pessoas sem hepatite viral  
30% Sofreu agressão verbal ou se sentiu  
ameaçado pelos outros  
21% Não conseguiu se casar  
20% Testagem mandatória  
15% Sofreu discriminação por professores  
14% Perdeu clientes  
10% Negada creche  
9% Outros  
4% Perda de propriedade  
5% Nenhum estigma ou discriminação  
**Em 2014 os Estados Membro da OMS na  
Assembléia Mundial de Saúde adotaram a  
Resolução 67.6 que insistiu aos estados membr**  
(revisarem, conforme o caso, políticas, procedim  
práticas associadas a estigmatização e discrimina  
Incluindo recusa de emprego, treinamento e edu  
restrições de viagem a pessoas com e afetadas p  
viral, ou prejuízo de gozo pleno c  
do maior padrão alcançável

**In 2014 WHO Member States at the World Health Assembly adopted resolution 67.6 which urges member states:**

*(16) to review, as appropriate, policies, procedures and practices associated with stigmatisation and discrimination, including the denial of employment, training and education, as well as travel restrictions, against people living with and affected by viral hepatitis, or impairing their full enjoyment of the highest attainable standard of health;*



# Não conseguiremos eliminar a hepatite viral sem atuar na equidade na saúde



Temos ferramentas.

Podemos rastrear, vacinar e tratar hepatite com medicamentos & assistência

Entretanto, as pessoas com maior risco não têm acesso.

# Por que PEPFAR?

- **Oportunidade & Desafios**
- O PEPFAR é o maior compromisso de qualquer nação de atuação em uma única doença no mundo; até agora, seu financiamento totalizou mais de \$100 bilhões, incluindo financiamento do Fundo Global de Combate a AIDS, Tuberculose e Malária (Global Fund). Atribui-se ao PEPFAR milhões de vidas salvas, ajudando a mudar a trajetória da epidemia global pelo HIV.
- HIV, hepatite viral e infecções transmitidas sexualmente compartilham modos comuns de transmissão e determinantes, e muitas das populações afetadas por essas doenças podem se sobrepor.

Talvez o PEPFAR represente uma das maiores oportunidades para expandir a eliminação da hepatite em todo o mundo.

Apesar da carga da doença e da existência de intervenções custo-efetivas, não há atualmente nenhum sinal de que o novo mecanismo global para financiamento na hepatite viral será implementado de modo a dar suporte à expansão de testagem e tratamento.



# PEPFAR's 4 Guiding Pillars

## Os 4 Pilares que Guiam o PEPFAR

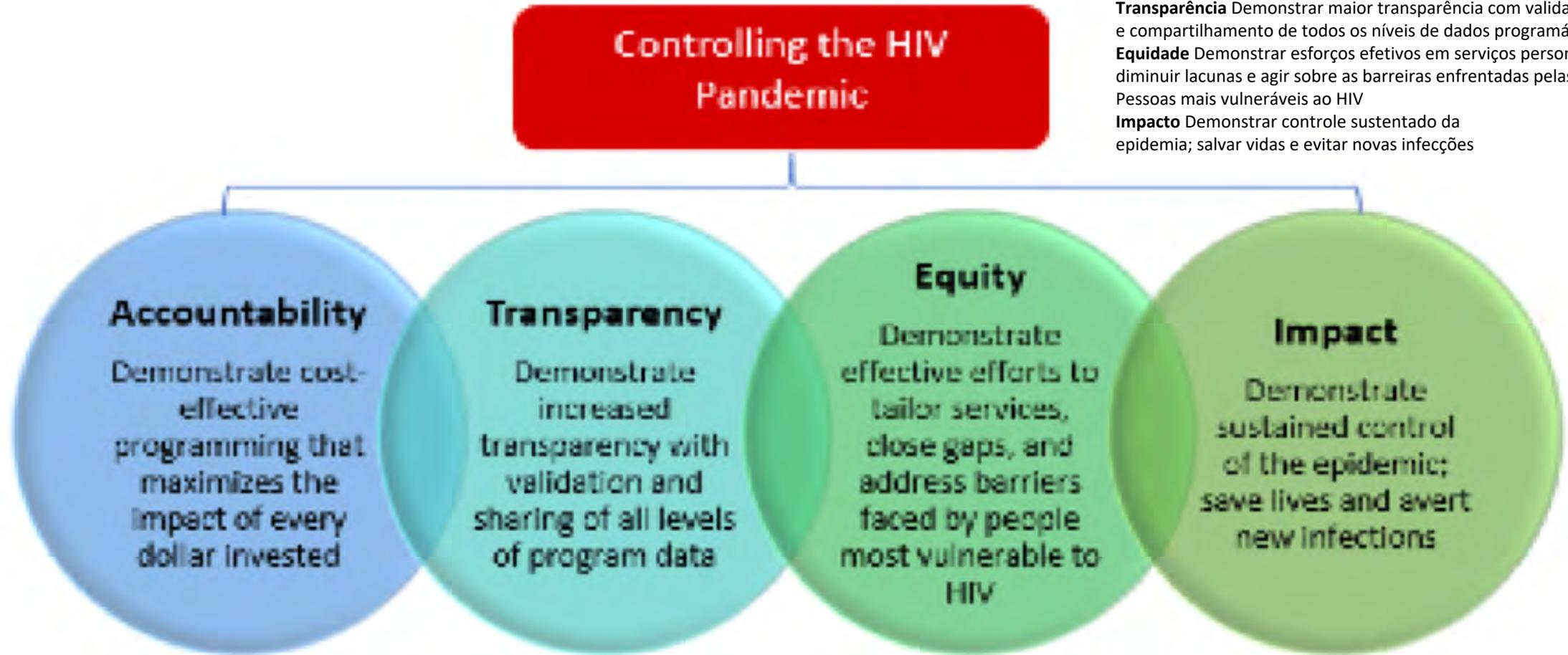
Controle da Pandemia de HIV

**Responsabilização** Mostrar programa custo-efetivo que maximize o impacto de cada dólar investido

**Transparência** Demonstrar maior transparência com validação e compartilhamento de todos os níveis de dados programáticos

**Equidade** Demonstrar esforços efetivos em serviços personalizados, diminuir lacunas e agir sobre as barreiras enfrentadas pelas Pessoas mais vulneráveis ao HIV

**Impacto** Demonstrar controle sustentado da epidemia; salvar vidas e evitar novas infecções



Active Program and Partner Management

Programa Ativo e Gestão de Parceria

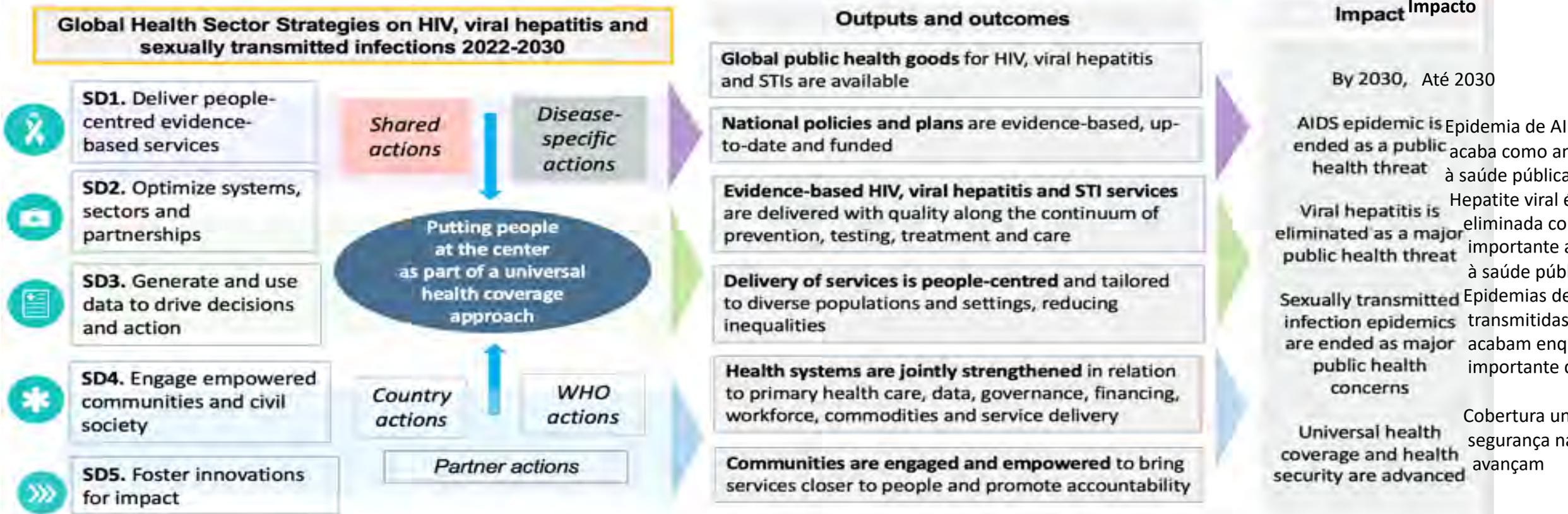
# Integrar Planos PEPFAR HBV no GHSS OMS 2022-2030

Theory of change

Teoria da mudança

**VISION: End epidemics and advance universal health coverage, primary health care and health security**

VISÃO: Acabar com as epidemias  
E avançar cobertura, atenção  
Primária e segurança na saúde



The 2022-2030 Global Health Sector Strategies build on the progress achieved during the previous Global health Sector Strategies period from 2016-2021, supported by Member States and partners commitment, community and civil society engagement, and WHO's normative leadership and country support.



# Visão, metas e direções estratégicas (GHSS 2022-2030)



**Visão comum** Acabar com a epidemia e avançar a cobertura universal, atenção primária e segurança na saúde

**Metas de Doença** Acabar com AIDS e epidemia de hepatite viral e infeções transmitidas sexualmente até 2030

**Direções Estratégicas com ações compartilhadas e específica por doença**

Estratégia HIV  
Estratégia Hepatite Viral  
Estratégia Infeções transmitidas sexualmente

SD1. Entregar serviços de alta qualidade, baseados em evidência e centrados em pessoas

SD2. Otimizar sistemas, setores e parcerias para obter impacto

SD3. Gerar e usar dados para dirigir as decisões na ação

SD4. Engajar comunidades e Sociedade civil empoderadas

SD5. Incentivar inovações para Impacto acelerado

**A common vision**

End epidemics and advance universal health coverage, primary health care and health security

**Disease goals**

End AIDS and the epidemics of viral hepatitis and sexually transmitted infections by 2030

**Strategic directions**

HIV strategy

Viral hepatitis strategy

Sexually transmitted infections strategy

SD1. Deliver high-quality, evidence-based, people-centred, services

SD2. Optimize systems, sectors and partnerships for impact

SD3. Generate and use data to drive decisions for action

SD4. Engage empowered communities and civil society

SD5. Foster innovations for accelerated impact

*with shared and disease-specific actions*

**Drivers of progress**

- Gender, equity, and human rights
- Funding
- Leadership and partnerships

- Impulsionadores de progresso**
- Gênero, equidade e direitos humanos
  - Financiamento
  - Liderança e parcerias



**(Current draft)**

# **Princípios Orientadores do PEPFAR: áreas chave de foco à medida que os *stakeholders* discutam planejamento para o Guia COP22 para implementação na FY2023 incluir o seguinte:**

Os planos devem assegurar que ações do PEPFAR deem suporte a sistemas e capacidades duradouras em saúde pública.....**que possam ser adaptadas para respostas a outras ameaças e emergências em saúde pública.**

**Conexão e Integração: Onde for benéfico e apropriado, conectar e integrar serviços para o HIV com outros investimentos e prioridades de desenvolvimento do governo dos Estados Unidos para dar suporte ao progresso para atingir a Objetivo de Desenvolvimento Sustentável das NU (ODS) 3, enquanto outros ODSs interdependentes também avançam.**

### Capítulo 3. Abordagens compartilhadas para resposta centrada nas pessoas

#### **Populações prioritárias com HIV, hepatite e infecções sexualmente transmitidas**

Muitas das populações mais afetadas por e com risco para HIV, hepatite viral e infecções sexualmente transmitidas se sobrepõem nessas áreas de doença.

#### **Abordagens compartilhadas para resposta centrada nas pessoas**

**HIV, hepatite viral e infecções sexualmente transmitidas compartilham modos de transmissão e determinantes em comum, e muitas das populações afetadas por essas doenças podem se sobrepor.**

**Abordagens centradas nas pessoas organizadas em torno das necessidades das populações afetadas podem enfatizar a entrega de assistência à saúde, avançar a cobertura universal de saúde, melhorar a qualidade e sustentabilidade do serviço, e maximizar o impacto dos recursos de saúde disponíveis.**

**AÇÃO 15: Cobertura universal à saúde. Adotar abordagem orientada em sistemas de saúde para entregar serviços essenciais para HIV, hepatite viral, infecções sexualmente transmitidas como parte da cobertura universal à saúde, inclusive através do alinhamento de esforços em sistema de saúde e específicos a doenças nos níveis de política, programa e serviço.**

# Prioridades do Ativismo pelo HBV

1. Maior conscientização pública da importância da prevenção, testagem e tratamento da hepatite viral B e C
2. Aumento dos recursos financeiros alocados
3. Expansão do acesso universal, acesso a dose de vacina contra a hepatite B ao nascimento e melhora dos serviços na prevenção da transmissão vertical
4. Investimentos contínuos em prevenção primária
5. Grande aumento no acesso a testagem e tratamento do vírus da hepatite B e hepatite C
6. Serviço simplificado e descentralizado assim como fornecimento de serviço integrado
7. Comunidade e sociedade civil fortalecidas
8. Inovações para acelerar ação (incluindo cura do HBV)

# É tempo de conscientização de que “Hep Não Pode Esperar”



**MEN WHO HAVE SEX WITH MEN CAN'T WAIT**



Pregnant mothers can't wait



**2.7m**

2.7 million people live with HIV and hepatitis B.



Policymakers can't wait to act

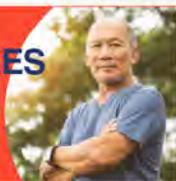


People who inject drugs can't wait

**1.1m**

more than 1.1 million lives are lost each year to hepatitis B and hepatitis C.

**REFUGEES CAN'T WAIT**



**No contexto dos direitos à saúde: pacientes mono infectados pelo HBV precisam se sentar à mesa**



www.shutterstock.com · 795968329

**I am not interested in  
picking up crumbs of  
compassion thrown from  
the table of someone  
who considers himself  
my master. I want the full  
menu of rights.**

Desmond Tutu

20qin91ex.com

Não estou interessado em catar as migalhas de compaixão jogadas da mesa por alguém que se considera meu superior. Quero o menu completo de direitos.



www.shutterstock.com - 1109737193



www.shutterstock.com - 1286330191

# Agradecimientos

Dr Funmi Lesi: WHO Geneva:  
Dr. Su Wang; Past President WHA  
WHA Resource hub  
EHRAAI  
CDA

**OBRIGADO**

# USO DE DROGAS EM PAÍSES RECEPTORES DO PEPFAR NA ÁFRICA : O QUE SABEMOS?

**Maria-Goretti Loglo**  
**Consultora IDPC África**  
**mloglo@idpc.net**



IDPC é uma rede global de cerca de 200 ONGs

Promoção de debates sobre política para drogas e participação de ONGs

Políticas baseadas em evidências, saúde, direitos e desenvolvimento

# NATUREZA DAS POLÍTICAS PARA DROGAS NA ÁFRICA

- Os tratados foram interpretados como se endossassem a “guerra contra as drogas”
  - uma construção ocidental que foi importada para nosso continente
- Muitos governos ocidentais passaram a adotar políticas mais centradas na pessoa - uma clara indicação da existência de erros em sua abordagem

# A “GUERRA CONTRA AS DROGAS” NA ÁFRICA CRIOU ...

- Prisões super lotadas
- Crise de saúde pública e violência disseminada
- Violações sistêmicas dos direitos humanos
- Demonização/marginalização das pessoas que usam drogas
- Acesso inadequado a medicamentos essenciais



## USO DE DROGAS NA ÁFRICA

- UNODC estima que até 2030 o número de pessoas que usam drogas no continente irá aumentar 40%
- Estima-se que entre 560.000 e 2,7 milhões de pessoas usam drogas injetáveis (Esta variação mostra a falta de dados na região.)
- Estima-se que 30% das pessoas que usam drogas injetáveis na região são pessoas afetadas pelo HIV.

Country/territory with reported injecting drug use <sup>a</sup>	People who inject drugs	HIV prevalence among people who inject drugs(%)	Hepatitis C (anti-HCV) prevalence among people who inject drugs(%)	Hepatitis B (anti-HBsAg) prevalence among people who inject drugs(%)	Harm reduction response		
					NSP <sup>b</sup>	OST <sup>c</sup>	Peer-distribution of naloxone
Benin	nk	5.1 <sup>(1)</sup>	nk	nk	x	x	x
Burkina Faso	nk	nk	nk	nk	x	x	x
Burundi	nk	nk	nk	nk	x	x	x
Côte d'Ivoire	500 <sup>(1)d</sup>	5.3 <sup>(1)</sup>	1.8 <sup>(1)</sup>	10.5 <sup>(1)</sup>	x	✓ <sup>(1,2)</sup>	x
Democratic Republic of the Congo	3,500 <sup>(1)</sup>	13.3 <sup>(1)e</sup>	nk	nk	x	x	x
Ghana	6,314 <sup>(3)</sup>	nk	40.1% <sup>(1)</sup>	nk	x	x	x
Kenya	30,500 <sup>(1)</sup>	42 <sup>(1)</sup>	16.4 <sup>(1)</sup>	5.4 <sup>(1)</sup>	✓19 <sup>(1,2)</sup>	✓7 <sup>(4,5)</sup>	x <sup>6</sup>
Lesotho	2,600 <sup>(6)</sup>	nk	nk	nk	x	x	x
Liberia	457 <sup>(7)g</sup>	3.9 <sup>(8)h</sup>	nk	nk	x	x	x
Madagascar	15,500 <sup>(1)</sup>	4.8 <sup>(1)</sup>	5.5 <sup>(1)</sup>	5% <sup>(1)</sup>	x	x	x
Malawi	nk	nk	nk	nk	x	x	x
Mali	nk	5.1 <sup>(9)</sup>	nk	nk	✓ <sup>(1)</sup>	x	x
Mauritius	11,667 <sup>(10)</sup>	45.5 <sup>(1)</sup>	97.1 <sup>(1)</sup>	6.1 <sup>(1)</sup>	✓46 <sup>(1,11)</sup>	✓42 <sup>(11)</sup> (B, M)	x
Mozambique	29,000 <sup>(1)</sup>	46.3 <sup>(1)</sup>	67.1 <sup>(1)</sup>	nk	✓1 <sup>(1,2)</sup>	x	x
Nigeria	44,515 <sup>(9)</sup>	3.4 <sup>(1,3)</sup>	5.8 <sup>(1,3)</sup>	6.7 <sup>(1)</sup>	x	x	x
Rwanda	2,000 <sup>(1)</sup>	nk	nk	nk	x	x	x
Senegal	1,324 <sup>(1,4)</sup>	9.4 <sup>(1)</sup>	38.9 <sup>(1)</sup>	nk	✓5 <sup>(1,14)</sup>	✓1 <sup>(1,9)</sup>	x
Seychelles	2,560 <sup>(1,7)m</sup>	12.7 <sup>(1,7)</sup>	76 <sup>(1,7)</sup>	1 <sup>(1,7)</sup>	x	✓ <sup>n</sup>	x
Sierra Leone	1,500 <sup>(1)</sup>	8.5 <sup>(1)</sup>	nk	nk	x	x	x
South Africa	76,000 <sup>(1)</sup>	14.2 <sup>(1)</sup>	54.7 <sup>(1,16)n</sup>	5 <sup>(1,9,16)</sup>	✓4 <sup>(20)</sup>	✓<1 <sup>(20)</sup> (M, B, B-N)	x <sup>6</sup>
Tanzania	30,000 <sup>(2,1)p</sup>	35 <sup>(2,2)</sup>	57 <sup>(2,2)</sup>	1.1 <sup>(1)</sup>	✓	✓6 <sup>(2,4)</sup>	x
Tanzania (Zanzibar)	3,000 <sup>(2,5)</sup>	11.3 <sup>(2,4)</sup>	25.4 <sup>(2,4)</sup>	5.9 <sup>(2,4)</sup>	x <sup>(1)</sup>	✓ <sup>(1,7)</sup>	x <sup>6</sup>
Togo	2,500 <sup>(2,8)</sup>	nk	nk	nk	x	x	x
Uganda	nk	17-20 <sup>(2,9)</sup>	nk	nk	✓2 <sup>(9)</sup>	x	x
Zambia	nk	nk	nk	nk	x	x	x
Zimbabwe	nk	nk	nk	nk	x	x	x

nk – not known

# QUAIS SÃO OS DESAFIOS?

- Barreiras políticas e institucionais
- Barreiras de informação
- Barreiras técnicas
- Barreiras financeiras
- Barreiras ideológicas

## O QUE PRECISA MUDAR?

1. Desenvolvimento de política de suporte
2. Investimento em coleta de dados e pesquisa
3. *Advocacy* para redução de risco
4. Fortalecimento da sociedade civil

## PAPEL DO ATIVISTA LOCAL

- 1. Criar um corpo de evidências:** Precisamos incentivar os ativistas locais a documentar os problemas do uso de drogas em suas comunidades.
- 2. Os ativistas devem criar plataformas representativas para engajamento direto com os legisladores em nível nacional, regional e internacional.**

## PAPEL DO ATIVISTA LOCAL

3. Considerar a realização de “auditorias” pela sociedade civil, avaliando as várias entregas nacionais de compromissos e obrigações assumidas.

4. Apoiar e ajudar a criar redes nacionais e regionais de pessoas que usam drogas.

**MUITO OBRIGADA**

**PERGUNTAS?**

Qual é a posição do PEPFAR com relação às pessoas que usam drogas? Recomendações para e pelas pessoas que usam drogas

## DEFESA DE SERVIÇOS DE DANOS DE PROGRAMA DE REDUÇÃO DE & DE

- O PEPFAR é o segundo maior doador para redução de danos, embora só aloque 1% para PWID (pessoas que injetam drogas)
- O financiamento para redução de danos continua estagnado, apesar da renovação de compromissos (Coalisão Global para Prevenção em 2018)
- Com somente menos de 16% alocado anualmente para prevenção nos últimos 5 anos, 1% foi para PWID e só menos da metade do 1% foi liderado por ONG/OSC
- Novas metas e compromissos (Estratégia Global e Declaração Política sobre AIDS) em 10-10-10 e 30-60-80
- Falta de disponibilidade de dados levou a mais redução no financiamento e ignorância

## COP22: O QUE ESTÁ E O QUE NÃO ESTÁ LÁ?

O COP22 só especifica OAT, embora também inclua **foco em áreas específicas de redução de danos**



Defesa de **ampla gama de serviços** para responder às preferências da comunidade: acesso a agulhas & seringas, preservativos, prevenção de overdose, retirada de doses, centros *drop-in* liderados pela comunidade, serviços para HCV

Foco, estratégia e abordagem mais claros em KP (populações-chave), mas falta de clareza no **compromisso em dirigir investimentos para liderança por KP** (vs competência de KP)



Compromisso e reconhecimento mais fortes sobre os papéis importantes da liderança por KP, incluindo **definição clara de liderança por KP**

**Monitoramento liderado pela Comunidade** está na essência do PEPFAR



O PEPFAR reconhece **o desafio da disponibilidade de dados sobre KP**, CLM em também alocar para capacitação



O COP22 enfatiza principalmente **necessidade de abordar barreiras estruturais, incluindo reforma de política**. Entretanto, não existe orçamento reservado para intervenções estruturais



O PEPFAR reconhece que sem abordar os **fatores subjacentes das barreiras estruturais**, não será alcançado o controle epidêmico

**Envolvimento significativo de KP** em todo o projeto, implementação e monitoramento é chave nos processos do COP22

Forte ênfase em **garantir que KP sejam representados** durante os processos como um todo

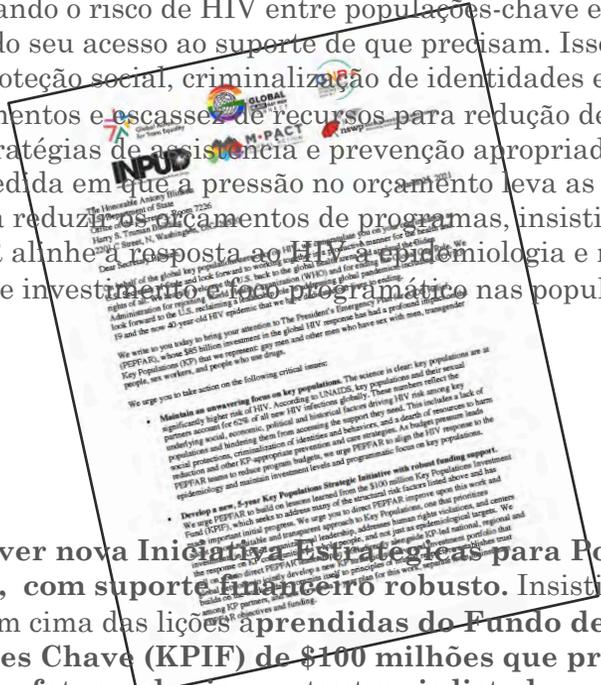
## COP22: NOSSAS RECOMENDAÇÕES

- Defender **serviços abrangentes de redução de danos**, alinhados às Diretrizes da OMS e que respondam às preferências da comunidade
- Defender processos **transparentes e inclusivos do COP22**. Trabalhar com a Equipe PEPFAR do país para dar a oportunidade de liderança por KP competentes, para financiamento, e/ou desenvolvimento de cronograma claro e marcos na **construção de organizações lideradas por KP** capacitadas a receber financiamento do PEPFAR.
- Continuar a defesa de **fluxo de financiamento específico para KP** (tanto globalmente quanto localmente)
- Usar **dados da comunidade** para complementar a falta de dados sobre estimativas, serviços e programas para PWID
- Defender **alocação mínima de financiamento para intervenções estruturais** e ligação com metas 10-10-10 na descriminalização de KP, particularmente porte de pequena quantidade de drogas.
- Assegurar **alocação adequada** de pequeno subvenção pelo COP22 que possa dar suporte a intervenções estruturais
- Assegurar que a Equipe PEPFAR do país use **IDUIT** (e outras ferramentas tais como MSMIT, SWIT e TRANSIT) no **planejamento e desenho** de seus programas, por todos parceiros implementadores
- Explorar a possibilidade de usar **Necessidades Específicas de Orçamento** para cobrir serviços para HCV e defender HCV como parte integrante de serviços para PWID

## VISÃO PEPFAR 2025: NOSSAS DEMANDAS

- Introduzir e acelerar (*scale up*) programas de redução de danos abrangentes para pessoas que usam drogas, assegurando disponibilidade, acessibilidade e financeiramente viáveis, para cumprir a meta de \$9,8 bilhões para a prevenção de HIV até 2025
- Definir e promover respostas e organizações lideradas por comunidades, e respostas e organizações lideradas por comunidades-chave, incluindo as lideradas por mulheres e jovens, e alinhadas à definição da UNAIDS
- Garantir financiamento para atingir metas para facilitadores sociais (10-10-10)
- Garantir financiamento para atingir metas nas respostas e organizações lideradas pela comunidade (80-60-30), incluindo CLM
- Construir a partir da experiência em KPIF, criar fluxo de financiamento exclusivo para população chave que seja mais acessível, transparente e inclusivo

Manter foco inabalável em populações chave. A ciência é clara: populações chave tem risco significativamente mais alto para HIV. De acordo com a UNAIDS, populações-chave e seus parceiros sexuais são responsáveis por 62% de todas as novas infecções globais por HIV. Esses números refletem os fatores subjacentes sociais, econômicos, políticos e históricos impulsionando o risco de HIV entre populações-chave e dificultando seu acesso ao suporte de que precisam. Isso inclui falta de proteção social, criminalização de identidades e comportamentos e escassez de recursos para redução de danos e outras estratégias de assistência e prevenção apropriadas para KP. Na medida em que a pressão no orçamento leva as equipes PEPFAR a reduzir os orçamentos de programas, insistimos que o PEPFAR alinhe a resposta ao HIV à epidemiologia e mantenha os níveis de investimento programático nas populações-chave.



- **Maintain an unwavering focus on key populations.** The science is clear: key populations are at significantly higher risk of HIV. According to UNAIDS, key populations and their sexual partners account for 62% of all new HIV infections globally. These numbers reflect the underlying social, economic, political and historical factors driving HIV risk among key populations and hindering them from accessing the support they need. This includes a lack of social protections, criminalization of identities and behaviors, and a dearth of resources to harm reduction and other KP-appropriate prevention and care strategies. As budget pressure leads PEPFAR teams to reduce program budgets, we urge PEPFAR to align the HIV response to the epidemiology and maintain investment levels and programmatic focus on key populations.
- **Develop a new, 5-year Key Populations Strategic Initiative with robust funding support.** We urge PEPFAR to build on lessons learned from the \$100 million Key Populations Investment Fund (KPIF), which seeks to address many of the structural risk factors listed above and has made important initial progress. We urge you to direct PEPFAR improve upon this work and adopt a more equitable and transparent approach to Key Populations, one that prioritizes investments in KP-led organizational leadership, addresses human rights violations, and centers the response on KP communities as whole people, and not just as epidemiological targets. We call on you to direct PEPFAR leadership to work directly alongside KP-led national, regional and global networks to jointly develop a new KP strategic initiative and investment portfolio that builds on the work to date, commits itself to principles of mutual respect, re-establishes trust among KP partners, and sets forward a 5-year plan for this work, separate from mainstream PEPFAR objectives and funding.

Desenvolver nova iniciativa estratégica para Populações-Chave, de 5 anos, com suporte financeiro robusto. Insistimos que o PEPFAR trabalhe em cima das lições aprendidas do Fundo de Investimentos de Populações Chave (KPIF) de \$100 milhões que procura abordar muitos dos fatores de risco estruturais listados acima e que apresentou progresso inicial importante. Insistimos que o PEPFAR melhore esse trabalho e adote abordagem mais equitativa e transparente com as Populações-Chave, que priorize investimentos em liderança organizacional liderada por KP, aborde violações de direitos humanos e centros de resposta em comunidades KP como indivíduos completos, e não só alvos epidemiológicos. Conclamamos a dirigir a liderança PEPFAR a trabalhar diretamente ao lado das redes globais, regionais e nacional lideradas KP para juntos

desenvolver nova iniciativa estratégica e portfólio de investimento KP que construam sobre o trabalho até o presente, se comprometam com princípios de respeito mútuo, reestabeleçam confiança entre parceiros, e implementem um plano de 5 anos para esse trabalho, separado dos principais objetivos e financiamento PEPFAR

# Incapacidade em Financiar

Colleen Daniels

Vice Diretora

Harm Reduction International

# Estado Global em Redução de Danos 2021



AN ESTIMATED

**11.3**  
**MILLION**

PEOPLE INJECT DRUGS GLOBALLY



- O número de países que oferecem serviços de redução de danos está estagnado desde 2014 e existem importantes lacunas na resposta global de saúde em relação a crises com overdose, HIV, hepatite C.
- Aproximadamente metade dos países em que há uso de drogas injetáveis não conta com nenhum programa de substituição de agulha e seringa estéreis ou tratamento de substituição de opioides, tais como metadona e buprenorfina. O número de países que implementam esses serviços de redução de danos que salvam vidas diminuiu, depois de se manter estagnado por anos.
- Estimativa de 11,3 milhões de pessoas que usam drogas injetáveis globalmente

# Estado Global em Redução de Danos 2021

**HARM REDUCTION IMPLEMENTATION HAS WORSENERD SINCE OUR LAST REPORT IN 2018, AFTER HAVING STALLED SINCE 2014.**

A IMPLEMENTAÇÃO DE REDUÇÃO DE DANOS DETERIOROU DESDE NOSSO ÚLTIMO RELATÓRIO EM 2018, DEPOIS DE SE MANTER ESTAGNADA DESDE 2014



**87** ↑

↑ **86**



**IN 2021, THE TOTAL NUMBER OF COUNTRIES IMPLEMENTING NEEDLE AND SYRINGE PROGRAMS (NSP) HAS INCREASED BY JUST ONE, FROM 86 TO 87.**

EM 2021, O NÚMERO TOTAL DE PAÍSES IMPLEMENTANDO PROGRAMAS DE AGULHAS E SERINGAS (NSP) TEVE AUMENTO DE UM, PASSANDO DE 86 PARA 87.

**THE TOTAL NUMBER OF COUNTRIES IMPLEMENTING OAT IN 2021 IS 86 (UP FROM 84 IN 2020).**

O NÚMERO TOTAL DE PAÍSES IMPLEMENTANDO OAT EM 2021 FOI DE 86 (ERA 84 EM 2020).



**HARM REDUCTION  
INTERNATIONAL**

# Estado Global em Redução de Danos 2021

- Em 2021, o número total de países implementando programas de agulha e seringa (NSP) só aumentou de 86 para **87**. O novo país é Uganda, que se juntou à Argélia, Benin, Nigéria e Serra Leoa, que iniciaram novos programas de seringas em 2019-2020, enquanto Palestina, Jordânia, Mongólia e Uganda fecharam seus programas.
- Dois novos países (Uganda e Moçambique) iniciaram implementação de programas de tratamento de substituição de opioides (OAT) em 2020. O número total de países que implementaram OAT em 2021 é **86** (era 84 em 2020). (Burkina Faso introduziu o tratamento, enquanto Costa Rica, Bahrain e Kuwait pararam de oferecer tratamento)
- Não houve relatos de países interrompendo a implementação de NSP, OAT, distribuição de naloxona por pares ou fechamento de salas para consumo de drogas em 2021.
- Novas estratégias de busca identificaram mais 11 países com referências explícitas de suporte a redução de danos em documentos de política nacional. Total de **98** em 2021 .

# Estado Global em Redução de Danos 2021

- O uso de drogas estimulantes tais como anfetaminas e cocaína está crescendo em todo o mundo
- Políticas punitivas ao uso de drogas estão ameaçando o progresso na resposta ao uso de drogas baseada em saúde
- Serviços de redução de danos são intervenções de saúde pública inovadoras, essenciais para alcançar populações marginalizadas e chave para abordar crises de overdose, HIV, hepatite e tuberculose

# Estado Global em Redução de Danos 2021

## Hepatitis C

PEOPLE WHO INJECT DRUGS



1/2

MORE THAN HALF OF ALL PEOPLE WHO INJECT DRUGS ARE ESTIMATED TO **CARRY HEPATITIS C ANTIBODIES**, MEANING THAT THEY HAVE BEEN INFECTED WITH THE HEPATITIS C VIRUS AT SOME POINT IN THEIR LIFETIMES.



### Hepate C

PESSOAS QUE INJETAM DROGAS

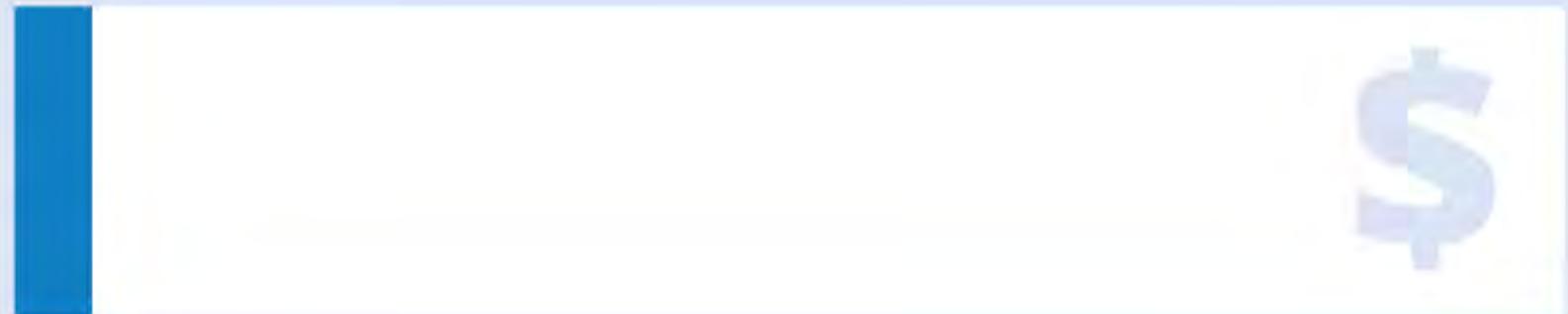
ESTIMA-SE QUE MAIS DA METADE DAS PESSOAS QUE INJETAM DROGAS **APRESENTA ANTICORPOS CONTRA A HEPATITE C**, O QUE SIGNIFICA QUE FORAM INFECTADAS PELO VÍRUS DA HEPATITE C EM ALGUM MOMENTO DE SUAS VIDAS



HARM REDUCTION  
INTERNATIONAL

# Funding for harm reduction is only **5%** of the level required in low- and middle-income countries

O financiamento para redução de danos é somente 5% do nível necessário para os países de baixa e média renda



# The funding gap for harm reduction in low- and middle-income countries **is widening**

A lacuna no financiamento para redução de danos em países de baixa e média renda está aumentando

13% do que é necessário

**13%**  
of what  
is required



**2016**

\$

5% do que é necessário



**2019**

**5%**  
of what  
is required

# Índice Global de Políticas sobre Drogas – Redução de Danos



The G  
Drug I  
Index

O escore mediano de Redução de Danos de 30 países é 40/100

**Median Harm Reduction score from 30 countries is 40/100**

#### Highest ranking

**74/100**  
Norway

**64/100**  
United Kingdom

**61/100**  
Portugal

#### Lowest ranking

**9/100**  
Brazil

**12/100**  
Ghana

**13/100**  
Uganda

Medida composta para redução de danos:

- Redução de danos em documentos de política nacional
- Disponibilidade e cobertura de intervenções de redução de danos
- Percepção de equidade no acesso a serviços de redução de danos
- **Financiamento sustentável para redução de danos**
  - **Necessidade (não) atendida de recursos**
  - **Financiamento seguro e confiável**

# GDPI – Necessidades atendidas em recursos para redução de danos

Adequado (acima de 70%)	Moderado (50-69%)	Moderadamente baixo (30-49%)	Baixo (10-29%)	Muito baixo (abaixo de 10%)
Canadá Nova Zelândia Noruega Portugal Reino Unido	Austrália	Geórgia Hungria Quênia Morrocos Macedônia Senegal Tailândia	Indonésia Quirguistão Nepal África do Sul	Afeganistão Argentina Brasil Colômbia Costa Rica Gana Índia Jamaica Líbano México Moçambique Rússia Uganda

# GDPI – Escore de financiamento para redução de danos (0-100)

Acima de 70	50-69	30-49	10-29	Abaixo de 10
Nova Zelândia	Austrália	Geórgia	Nepal	Indonésia
Noruega	Canadá	Marrocos	Hungria	Afeganistão
Portugal		Macedônia	Quênia	Argentina
Reino Unido			Senegal	Brasil
			Tailândia	Colômbia
				Costa Rica
				Gana
				Índia
				Jamaica
				Quirquistão
				Líbano
				México
				Moçambique
				Rússia
				Uganda
				África do Sul

# Financiamento para redução de danos

- **Necessidades de recursos não são atendidas** na maioria dos países
  - Só 5 de 30 países alcançaram nível de investimento 'adequado'
- **Falta de financiamento sustentável** para redução de danos na maioria dos países
  - Investimento atual considerado 'mais seguro' só em um país
  - Incerto ou um tanto instável em 14 países
  - Cortes em orçamentos são considerados prováveis em 11 países
  - Reduções graves são previstas para 4 países

# Gastos do PEPFAR em redução de danos

- 2019 – USD 8,4 milhões.
- 12% do financiamento de doadores internacionais para redução de danos em 2019 - o PEPFAR se tornou o segundo maior doador para redução de riscos.
- Esse valor representa só 1% do financiamento para prevenção em HIV do PEPFAR e 0,15% do financiamento total para HIV do PEPFAR em 2019.
- Os dados sugerem que o PEPFAR tem reduzido seu financiamento para redução de danos desde 2016, com reduções evidentes para países da Ásia Central e para o Quênia. Em 2019, o nível de financiamento diminuiu 17% em relação ao ano anterior, e mais 6% em 2020.
- 2020 – USD 7,8 milhões.
- Os maiores gastos do PEPFAR em redução de danos em 2019 e 2020 foram em Programas da **Ucrânia, Quênia, Tanzânia e Região da Ásia Central**. Houve um aumento dos gastos na **Nigéria** e na **África do Sul** de 2019 a 2020.

**Gastos em redução de danos por programa nacional e regional 2016-2020.**

Lista de países	2016	2017	2018	2019	2020	Total no período
Programa Ásia Regional		7.625				\$7.625,00
Burma			290.782	-	192.322	\$483.104,00
Camboja	144.277	165.205				\$309.482,00
Região da América Central		162				\$162,00
Região da Ásia Central	889.248	810.009	1.686.263	1.205.273	-	\$4.590.793,00
Etiópia		50.119				\$50.119,00
Índia	610.400	998.636	254.681	474.469	112.868	\$2.451.054,00
Indonésia	168.516	210.475	16.620	73.525	-	\$469.136,00
Casaquistão			-	-	38.119	\$38.119,00
Quênia	2.315.852	1.675.583	2.392.835	1.785.294	735.605	\$8.905.169,20
Quirquistão			-	-	191.390	\$191.390,00
Moçambique	7.375	73.353	213.927	143.079	226.812	\$664.546,00
Nigéria	3.103.908	1.674.027	511.903	252.998	910.365	\$6.453.201,00
África do Sul	522.516	101.935	65.056	369.037	768.802	\$1.827.346,00
Tajiquistão			-	-	223.012	\$223.012,00
Tanzânia	1.200.347	1.393.964	1.315.805	1.140.512	838.940	\$5.889.568,00
Uganda		45.911	0	0	0	\$45.911,00
Ucrânia	141.467	119.403	2.668.476	2.769.102	3.584.098	\$9.282.546,00
Vietnã	3.149.115	1.461.383	618.874	152.459	0	\$5.381.831,00
Zâmbia		362.359				\$362.359,00
<b>Total</b>	<b>\$12.253.021,00</b>	<b>\$9.150.149,00</b>	<b>\$10.035.222,20</b>	<b>\$8.365.748,00</b>	<b>\$7.822.333,00</b>	

# Quais intervenções para pessoas que usam drogas injetáveis têm suporte do PEPFAR?

- Em 2019, as maiores áreas de gastos foram OAT (PEPFAR gastou cerca de metade em OAT - USD 4,3 milhões), e testagem e aconselhamento em HIV para pessoas que usam drogas injetáveis (33% - USD 2,8 milhões).
- Em 2019, o PEPFAR apoiou programas OAT alcançando cerca de 17.000 pessoas em oito países (Índia, Cazaquistão, Quênia, Quirquístão, África do Sul, Tadjiquistão, Tanzânia, e Ucrânia), que representa cerca de 2% do total estimado de pessoas que usam drogas injetáveis naqueles países.
- De 2018-2020, o PEPFAR aumentou para 31 o número de países onde pessoas que usam drogas injetáveis foram alcançadas com serviços.
- Inclui financiamento para testagem para HIV no Vietnã e Ucrânia, com programas estabelecidos de redução de danos, e também inclui suporte a muitos países com programas em pequena escala.
  - Por exemplo, o PEPFAR deu suporte para programas PrEP para alcançar pessoas que usam drogas injetáveis no Brasil, Swatini, Quênia, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda, Ucrânia, Vietnã, Zâmbia, Zimbábue e a uma pessoa em Lesoto.

# Oportunidades

- O PEPFAR continuará sendo um doador crucial para redução de danos com seu foco em países, vários dos quais têm somente respostas incipientes a redução de danos. O PEPFAR pode ter um papel vital no suporte aos países para que iniciem e ampliem seus programas de redução de danos e para que defendam e reformem suas políticas. De forma geral, se as metas da UNAIDS devam ser alcançadas, a contribuição do PEPFAR para redução de danos deve se tornar um componente muito maior no seu financiamento e uma prioridade dentro de sua próxima estratégia.
- O impacto do PEPFAR na epidemia deve ser maximizado, incluindo investimentos estratégicos em programas custo-efetivos, baseados em evidências, voltados para pessoas que usam drogas e para compra e fornecimento de agulhas e seringas estéreis.
- A nota de orientação do PEPFAR de 2010 reconhece a importância dos programas de prevenção de overdose, e em seu Guia Operacional Nacional de 2021 afirma ser crítico incluir distribuição de naloxona para manejo de overdose. Não há disponibilidade, entretanto, de informações sobre a implementação de distribuição de naloxona por pares.

**We cannot end AIDS without communities.**

Yet funding for community-led organisations is **less than 7%** of total harm reduction funding from international donors.

Não podemos acabar com a AIDS sem as comunidades.

No entanto, o financiamento para organizações lideradas pela comunidade está abaixo de 7% do financiamento total dos doadores internacionais em redução de danos.



REDUÇÃO DE DANOS  
SALVA VIDAS



# Oportunidades

- O PEPFAR é transparente com relação à alocação e gastos nos dashboards online. Entretanto, foi difícil separar os gastos em algumas áreas e.g. serviços liderados pela comunidade ou suporte para atividades de defesa lideradas pela comunidade (embora houvesse registro de que fundos haviam sido alocados para organização liderada pela comunidade na Ucrânia, isso não é captado de rotina em relatório de dados).
  - Apreciamos a inclusão de abordagens lideradas pela comunidade para monitorar e abordar novas infecções pelo HIV e o objetivo de fortalecer a capacidade e a liderança de comunidades na estratégia PEPFAR em desenvolvimento.
  - No nosso feedback, recomendamos que a estratégia PEPFAR articule seu papel para garantir que organizações lideradas pela comunidade sejam financiadas para desenvolver o trabalho necessário.
  - Também propusemos que a definição da UNAIDS de respostas lideradas pela comunidade sejam incluídas de forma proativa na Estratégia PEPFAR.
  - Financiamento para defesa pela sociedade civil e liderada pela comunidade continua extremamente limitado, embora as metas 10-10-10 sejam altamente dependentes desse trabalho.
  - A estratégia do PEPFAR deve articular claramente seu papel no financiamento de defesa pela sociedade civil e liderada pela comunidade, incluindo a descriminalização do uso e posse pessoal de drogas e a remoção de leis e políticas que impeçam fornecimento de serviços de redução de danos e o acesso das pessoas que usam drogas. (mais informações sobre nosso feedback sobre estratégia [https://www.hri.global/files/2021/11/22/Harm\\_Reduction\\_International\\_inputs\\_on\\_PEPFAR\\_Strategy\\_Draft\\_Overview\\_Version\\_2\\_0.pdf](https://www.hri.global/files/2021/11/22/Harm_Reduction_International_inputs_on_PEPFAR_Strategy_Draft_Overview_Version_2_0.pdf))

## Afastar-se. Redirecionar. Investir

- Avaliar de forma crítica gastos com políticas sobre uso de drogas
- Afastar-se de aplicação de legislação punitiva com relação a drogas
- Redirecionar esse financiamento para intervenções de redução de danos que salvam vidas, são custo-efetivas e baseadas em direitos
- Investir em programas que priorizem saúde, comunidade e justiça.

We spend more than 750x on punitive drug control than we do on life-saving harm reduction services for people who use drugs.

\$ punitive drug control

Gastamos mais de 750x em controle punitivo de drogas do que em serviços de redução de danos que salvam as vidas das pessoas afetadas pelo uso de drogas.

\$ em controle punitivo de drogas

\$ em redução de danos

\$ harm reduction

# Recomendações

- O PEPFAR é transparente com relação à alocação e gastos nos dashboards online. Entretanto, foi difícil separar os gastos em algumas áreas e.g. serviços liderados pela comunidade ou suporte para atividades de defesa lideradas pela comunidade (embora houvesse registro de que fundos haviam sido alocados para organização liderada pela comunidade na Ucrânia, isso não é captado de rotina em relatório de dados).
  - Apreciamos a inclusão de abordagens lideradas pela comunidade para monitorar e abordar novas infecções pelo HIV e o objetivo de fortalecer a capacidade e a liderança de comunidades na estratégia PEPFAR em desenvolvimento.
  - No nosso feedback, recomendamos que a estratégia PEPFAR articule seu papel para garantir que organizações lideradas pela comunidade sejam financiadas para desenvolver o trabalho necessário.
  - Também propusemos que a definição da UNAIDS de respostas lideradas pela comunidade sejam incluídas de forma proativa na Estratégia PEPFAR.
  - Financiamento para defesa pela sociedade civil e liderada pela comunidade continua extremamente limitado, embora as metas 10-10-10 sejam altamente dependentes desse trabalho.
  - A estratégia do PEPFAR deve articular claramente seu papel no financiamento de defesa pela sociedade civil e liderada pela comunidade, incluindo a descriminalização do uso e posse pessoal de drogas e a remoção de leis e políticas que impeçam fornecimento de serviços de redução de danos e o acesso das pessoas que usam drogas. (mais informações sobre nosso feedback sobre estratégia [https://www.hri.global/files/2021/11/22/Harm\\_Reduction\\_International\\_inputs\\_on\\_PEPFAR\\_Strategy\\_Draft\\_Overview\\_Version\\_2\\_0.pdf](https://www.hri.global/files/2021/11/22/Harm_Reduction_International_inputs_on_PEPFAR_Strategy_Draft_Overview_Version_2_0.pdf))