

Conselho Mundial de Igrejas

Em Direção de uma Política de HIV/AIDS no Local de Trabalho

Documento de Trabalho

ÍNDICE

I Preâmbulo

II Situação Epidemiológica

III Justificação – Sobrevivência da Capacidade Organizacional

1. Objetivos

2. Definições

3. Responsabilidade pela Implementação

4. Confidencialidade

5 Dimensões de Gênero

6. Práticas mais seguras (sexuais ou de outra natureza)

7. Exposição ocupacional ou de outra natureza

8. Medicação disponível (infecções oportunistas, patologia e terapia anti-retroviral (ARV))

9. Aconselhamento e teste voluntário

10. Escrutínio de HIV e emprego

11. Informação e capacitação

12. Acomodação razoável

13. Estigma e discriminação

14. Advocacia para acesso universal

15. Viagem, trabalho e vacinação

16. Término de emprego

17 Injúria e procedimentos disciplinares

Anexo 1 Dados Epidemiológicos Regionais

Anexo 2 Acordo de Confidencialidade

I Preâmbulo

O Livro de Gênesis nos mostra um Deus que olha para cada dia da sua Criação e vê que o que fez é bom, e no último dia examina toda a criação e vê que o que fez está muito bom (Gn 1:10, 12, 18, 21, 25, 31). A bondade da criação, segundo a nossa teologia, se torna corrompida pelo pecado, e desse modo a doença e o sofrimento entram nessa criação “muito boa”. Jesus Cristo vem para restaurar a maravilha da criação, dando efeito às Suas palavras, “Eu vim para que vocês tenham vida, e tenham vida em abundância” (Jo 10: 9-11). Infelizmente, nesta época de HIV e AIDS muitas igrejas responderam à epidemia global de AIDS de uma maneira pré Josiana (Jó): “É o castigo de Deus para o pecado” e hoje muitas igrejas ainda estão respondendo desta maneira. O que determina se uma pessoa é HIV positiva ou não, não é se ela fez o que era "legal" ou "ilegal", mas se ela fez o "seguro" ou o "inseguro".

Hoje, sabemos que a infecção do HIV é identificável, evitável e manejável, e que com a atual experiência médica não existe nenhuma razão para que alguém morra de doenças relacionadas com a AIDS. Neste pesadelo de sofrimento e morte de órfãos e viúvas, e as ameaças experimentadas pelos grupos mais vulneráveis, incluindo prisioneiros e trabalhadores migrantes, as palavras de Jesus falam novamente: “Eu lhes dou este novo mandamento: Amem uns aos outros. Assim como eu os amei, amem também uns aos outros” (Jo 13: 34-36). A comunidade cristã fez muito através do globo para tentar aliviar a dor e o sofrimento das pessoas que vivem com HIV. Uma triste realidade permanece, que em seu alcance de amor as igrejas têm mais freqüentemente estendido a mão para receber antes de dar.

Inúmeros líderes religiosos já morreram de doenças relacionadas com a AIDS, e muito mais assustador é o número de pessoas nas igrejas que morreram com vergonha, e muitas de vergonha. O estigma e a discriminação em torno do HIV e da AIDS continuam conduzindo a pandemia, já que eles podem inibir as pessoas de realizar aconselhamento e teste voluntário para saber sobre a sua condição de HIV. Mesmo se uma pessoa saiba que ela é HIV positiva, e de que é necessário usar preservativo para proteger o seu cônjuge; freqüentemente ela não fará isso porque o preservativo se associa com o HIV, e como consequência, perguntas podem surgir de por que é necessário agora usar um preservativo.

Algumas das mensagens para mitigar a expansão do HIV lamentavelmente estão carregadas de estigma. O “ABC” é uma dessas mensagens¹. Dentro da Rede Africana de Líderes Religiosos Vivendo com ou pessoalmente afetados por HIV e AIDS (ANERELA+), um novo modelo foi desenvolvido, o qual é chamado PMAP² (Práticas mais seguras, Medicamentos disponíveis, Aconselhamento e teste voluntário, e Promoção através da educação). A prevenção do HIV e da AIDS nunca

¹ A forma de como o ABC foi apresentado e entendido pela maioria das pessoas é; primeiramente se abstenha, se você não puder se abster então seja fiel, e se você não puder ser fiel então use um preservativo. Isto de modo algum toma qualquer conhecimento da condição de HIV de uma pessoa. Se você ou o seu parceiro ou potencial parceiro estiverem vivendo com HIV, e você não foi testado mas tem intercurso sexual desprotegido, isto coloca a outra pessoa em risco de ser infectado pelo HIV. É também verdade que a abstinência pode ser apropriada para algumas etapas da vida, mas a fidelidade sempre será apropriada. Além disto o uso de um preservativo entra automaticamente na categoria de ser usado por pessoas que não podem ser fieis e não querem se abster. Isto estimula o estigma e mantém as pessoas afastadas de práticas sexuais mais seguras.

² SAVE (Salve), em inglês.

será eficaz sem um componente de cuidado, e o modelo PMAP combina os componentes de prevenção e de cuidado, bem como oferece mensagens para responder ao estigma. O HIV é um vírus, não uma questão moral. Como tal, a resposta deve estar baseada em medidas de saúde pública associadas com princípios de direitos humanos.

O **P** se refere a Práticas mais seguras que incluem todos os diferentes modos de transmissão do HIV. Por exemplo, sangue seguro para transfusão de sangue, métodos de barreira para intercurso sexual penetrativo, agulhas e seringas de injeção estéreis, métodos mais seguros de cicatrização e adoção de precauções médicas universais.

O **M** se refere a Medicamentos disponíveis. A terapia Anti-retroviral (ARV) não é de modo nenhum a única intervenção médica que as pessoas que vivem com o HIV (PVCHIV) necessitam. Muito antes de ser necessário, ou desejável, começar com a terapia ARV, surgem antes as necessidades médicas em relação às infecções oportunistas e testes de patologia. O tratamento de infecções oportunistas levam a uma melhor qualidade de vida, melhor saúde e sobrevivência de longo prazo. Uma boa nutrição e a provisão adequada de água limpa é de vital importância para cada pessoa, e duplamente importante para PVCHIV.

O **A** se refere ao Aconselhamento e teste voluntário, uma intervenção que pode mitigar o estigma relacionado com o HIV e aumentar a efetividade dos esforços de prevenção do HIV. Uma pessoa que conhece a sua condição de HIV está numa melhor posição para se proteger da infecção ou de infectar uma outra pessoa, dependendo da situação dela. Além do mais, alguém que é HIV positivo pode ser provido com informação e apoio para viver positivamente. As pessoas que ignoram a sua condição de HIV ou que não se cuidam, podem ser fontes de novas infecções de HIV.

O **P** se refere a Promoção através da educação. Não é possível tomar uma decisão adequada sem conhecer todos os fatos. A desinformação e a falta de ação são dois dos principais fatores que levam ao estigma e à discriminação relacionado ao HIV e à AIDS. Informação correta precisa ser disseminada para todos dentro das igrejas para assegurar que as pessoas respondam ao próximo com base de conhecimento e de uma perspectiva em Cristo, centrada no amor. Isto ajudará as pessoas a viverem positivamente – qualquer que seja a sua condição de HIV – e a derrubar barreiras que o HIV criou entre as pessoas dentro das comunidades. A educação também inclui informação sobre boa nutrição, administração de stress e da necessidade de exercícios físicos.

Entretanto, nenhum dos modelos será efetivo se não pudermos normalizar a situação em torno do HIV e AIDS.

As igrejas necessitam dar um passo e reconhecer que algumas pessoas no trabalho ou que atuam como voluntários, não estão somente vivendo com o HIV mas também morrendo de doenças relacionadas com a AIDS, em tempos que isso é evitável. Uma das formas pelas quais o HIV e a AIDS podem ser controlados é de que as igrejas adotem uma Política de HIV e AIDS no Local de Trabalho, dando o exemplo.

Uma brecha se desenvolveu entre as igrejas e a sociedade dentro da qual elas vivem e operam. O imperativo do Evangelho do amor exige o nosso estender a mão a essas comunidades. Um das funções das igrejas deve ser a de promover e proteger a saúde daqueles grupos identificáveis com comportamentos de risco que atualmente têm altas ou crescentes taxas de infecção de HIV, ou de que a informação sobre saúde pública indique quem está em maior risco e mais vulneráveis à novas infecções, conforme fatores como a história local da epidemia, pobreza, práticas sexuais, comportamento de usuários de drogas, sustento, localização institucional, estruturas sociais e movimentos populacionais, forçados ou de outra maneira.

Esta política no local de trabalho foi desenvolvida pelo Conselho Mundial de Igrejas em conjunto com a Rede Africana de Líderes Religiosos que Vivem com ou estão pessoalmente Afetados pelo HIV e pela AIDS (ANERELA+) e a Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (RGP+) para preencher esta brecha, ajudar as igrejas a tomar a frente, e abraçar e aceitar as pessoas que vivem com o HIV dentro e fora de igrejas. Nada poderia ser mais efetivo para tratar o estigma e a discriminação do que líderes e membros das igrejas que vivem abertamente com a sua condição de HIV tenham o conhecimento pleno de que eles são aceitos e apoiados pelas suas igrejas.

Esta política no local de trabalho está em concordância com o trabalho contínuo do CMI e com a declaração adotada pelo Comitê Central do CMI com base no seu Grupo Consultivo sobre o Processo de Estudo da AIDS, de Setembro de 1996, o qual delineou uma série de ações que as igrejas poderiam empreender na resposta à epidemia de AIDS, incluído na seção “Conclusão: o que as igrejas podem fazer³”.

II Situação Epidemiológica⁴

Em 2005, houve perto de cinco milhões de novas infecções de HIV no mundo inteiro, 3.2 milhões ocorreram somente na África sub-Sahariana. No mesmo ano, 3 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas com a AIDS; mais de quinhentos mil foram crianças. Hoje o número total de pessoas que vivem com HIV está em torno de 40.3 milhões, o dobro de 1995. Apesar do progresso feito em um número pequeno, porém crescente, de países, a epidemia de AIDS continua ultrapassando os esforços globais para contê-la. Para informação sobre os dados epidemiológicos regionais veja o **Anexo 1**.

III Justificação – Sobrevivência da Capacidade Organizacional

As igrejas têm muito a perder se a resposta ao HIV e a AIDS for inadequada. Isto não é só porque a AIDS matará mais pessoas nesta década do que em todas as guerras e desastres dos últimos 50 anos, mas também porque ela ameaça à capacidade organizacional e, enormemente, a sobrevivência das igrejas em países com alta

³ Conselho Mundial de Igrejas, Comitê Central, Genebra, Suíça 12-20 de Setembro de 1996. Documento n. 6.2B. O Impacto do HIV/AIDS e a Resposta das Igrejas. Uma declaração adotada pelo Comitê Central do CMI com base no seu Grupo Consultivo sobre o Processo de Estudo da AIDS, de Setembro de 1996.

⁴ UNAIDS, *Relatório sobre a Epidemia Global de AIDS*, 2005.

prevalência de HIV. O colapso de igrejas teria implicações em todos os aspectos da vida das igrejas.

Em reconhecimento ao impacto devastador da AIDS, os líderes de igrejas da África e as organizações ecumênicas internacionais e africanas, desenvolveram um Plano coordenado de Ação para responder à epidemia de AIDS na África durante a “Consulta Global sobre Respostas Ecumênicas aos Desafios do HIV/AIDS na África”, patrocinada pelo Conselho Mundial de Igrejas (CMI), em Nairobi, Quênia, de 25 a 28 de Novembro de 2001. O Plano da Ação afirmou, “o Plano é parte da resposta, por esses grupos de sócios, ao desafio urgente apresentado pela epidemia da AIDS: um desafio ao qual todas as organizações religiosas estiveram lutando para responder, que está despovoando a África mais rápido do que qualquer outra calamidade desde o comércio escravo.”⁵

1. Objetivos

A Política de HIV/AIDS no Local de Trabalho do Conselho Mundial de Igrejas pretende:

- Minimizar a possibilidade de infecção de HIV em empregados, voluntários de igrejas, assim como de ordenandos e de todos os cônjuges e dependentes das pessoas acima mencionadas.
- Assegurar aos candidatos à ordenação de que a sua condição de HIV não influirá de modo nenhum na sua aceitação pelas igrejas como ordenandos, nem influirá no seu processo de ordenação.
- Assegurar um ambiente de trabalho que suporte os empregados, voluntários e ordenandos que vivem ou estão afetados pelo HIV.
- Assegurar que os empregados, voluntários e ordenandos, e seus cônjuges e dependentes, tenham acesso à atenção, apoio e tratamento, inclusive a terapia anti-retroviral, quando necessário.
- Gerenciar e mitigar o impacto do HIV na vida e no trabalho das igrejas.
- Mitigar o impacto da negação, estigma e discriminação no local de trabalho, já seja com base na condição de HIV real ou percebida, ou da vulnerabilidade à infecção de HIV.

2. Definições

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) - é o último estágio da infecção causada pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV). Uma pessoa que vive com o HIV pode aparentar e sentir-se saudável durante um longo tempo antes da AIDS ser diagnosticada. Entretanto, o HIV enfraquece o sistema (imunológico) de defesa do corpo até que ele não possa mais resistir à doenças e infecções como pneumonia, diarreia, tumores, cânceres e outras doenças.

⁵ A Resposta Ecumênica à AIDS/AIDS na África, Plano da Ação, desenvolvido na “Consulta Global sobre Respostas Ecumênicas aos Desafios do HIV/AIDS na África”, Nairobi, Quênia, 25-28 de Novembro de 2001.

Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) - este é o vírus que pode resultar em AIDS ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. A AIDS ataca o sistema imunológico do corpo – o sistema que luta contra infecções.

Terapia Anti-Retroviral (ARV) – são drogas usadas no tratamento da infecção do HIV. Elas trabalham contra a infecção do HIV ao diminuir a reprodução do próprio HIV no corpo, porém não levam à cura.

Empregado é a pessoa cujo chamado foi reconhecido e que recebe compensação financeira ou outro tipo de compensação para o ministério exercido em nome de uma igreja, ou, uma pessoa leiga detentora de posições remuneradas dentro das igrejas.

Voluntário é pessoa que participa no ministério de uma igreja de forma voluntária, seja ela financeiramente remunerada ou não.

Ordenando é pessoa que uma igreja aceitou por ter tido um chamado de Deus, e quem aquela igreja está ajudando para a capacitação teológica na preparação para a ordenação.

Cônjuge é o parceiro casado do empregado, voluntário ou ordenado.

Dependente é definido como uma pessoa:

- Vivendo no país mas não necessariamente na mesma residência do empregado, voluntário ou ordenando e por quem o empregado, voluntário ou ordenando é responsável.

Além disso:

- Nenhuma distinção deve ser estabelecida entre dependentes adultos e infantis em termos de cobertura fornecida pelas cláusulas e condições desta política, e
- Até um total de oito dependentes, os quais devem estar registrados pelo nome na igreja ou organização eclesial, podem ser cobertos pelos termos e condições desta política.

Informação relacionada ao HIV inclui a informação de alguém que:

- pode estar vivendo com HIV ou AIDS;
- foi solicitado ou aconselhado para fazer um teste de HIV;
- está recebendo ou recebeu tratamento ou aconselhamento que sugira que ele ou ela possa estar vivendo com HIV ou AIDS;
- possa ter tido experiências que põe ele ou ela em perigo de contração do HIV; ou
- tem uma associação ou relacionamento próximo com alguém que vive com HIV ou AIDS.

Escrutínio de HIV significa qualquer medida para avaliar uma potencial ou real infecção de HIV, já seja direta (prova laboratorial de HIV), indireta (avaliação do comportamento de risco) ou fazer perguntas sobre testes já realizados ou sobre medicação.

Acomodação razoável significa qualquer modificação ou ajuste no seu trabalho ou responsabilidades que sejam razoavelmente praticáveis e que permitam a uma pessoa que vive com HIV ou AIDS ter o acesso ao trabalho, participar ou ser promovido no emprego.

Profilaxia de pós-exposição (PPE) um tipo da terapia antiviral para HIV projetada para reduzir (mas não eliminar) a possibilidade de infecção pelo vírus depois de uma exposição sabida.

Precaução sanguínea universal é um padrão simples de prática de controle de infecção usada para minimizar o risco de infecção com agentes patógenos sanguíneos, inclusive HIV e hepatite. As precauções universais incluem o uso de barreiras protetoras como luvas, vestidos, aventais, máscaras ou óculos de proteção, que podem reduzir o risco de exposição das membranas mucosas ou da pele a materiais potencialmente infectantes.

3. Responsabilidade pela implementação

A responsabilidade pela implementação desta política no local de trabalho é do órgão mais alto de decisão das igrejas/Organização Ecumênica Regional (OER)/organização religiosa.

4. Confidencialidade

4.1 As igrejas devem estimular um ambiente de trabalho no qual os empregados, voluntários e ordenandos possam discutir HIV/AIDS abertamente, inclusive sobre as suas próprias experiências vivendo com HIV/AIDS. Quando os empregados, voluntários ou ordenandos revelarem que eles, seus cônjuges e/ou dependentes estão vivendo com HIV/AIDS, a confidencialidade será respeitada. A revelação, em qualquer circunstância, será tratada como confidencialidade compartilhada entre as partes, a menos que expressamente se determine o contrário. Se houver qualquer dúvida, a pessoa que está vivendo com HIV/AIDS deverá ser consultada antes que se faça qualquer revelação.

4.2 A informação relacionada com o HIV acerca de candidatos à ordenação, futuros ou atuais empregados ou voluntários, ou qualquer dos cônjuges e/ou dependentes das pessoas acima mencionadas, será mantida estritamente confidencial

4.3 Os empregados e voluntários trabalhando para as igrejas, assim como os ordenandos, assinarão um termo de confidencialidade (Anexo 2), e serão informados que a revelação não autorizada da informação relacionada ao HIV é uma transgressão disciplinar. Ela também pode levar a procedimentos legais contra a pessoa que revelou a informação, assim como também contra a igreja.

5 Dimensões de Gênero

5.1 As igrejas reconhecem que o HIV/AIDS tem um impacto diferente sobre empregados, voluntários e ordenandos do sexo masculino e feminino em relação à suscetibilidade fisiológica à infecção, assim como para a saúde reprodutiva. Também é reconhecido que normalmente são as mulheres que assumem a parte principal do cuidado daqueles que têm doenças relacionada com a AIDS, e que as mulheres grávidas portadoras de HIV têm necessidades especiais adicionais.

5.2 Qualquer programa de ajuda será desenhado para acomodar esses impactos diferenciais, e quando apropriado, para compensar a desigualdade de gênero, por exemplo, estimulando e apoiando homens para cuidar de pessoas portadoras do vírus.

6. Práticas mais seguras (sexuais ou de outra natureza)

6.1 A autoridade eclesial relevante proporcionará aos empregados, voluntários e ordenandos informação concreta, exata e atualizada para permitir que eles se protejam do HIV e de outras infecções sanguíneas ou sexualmente transmissíveis, assim como a tuberculose, malária e doença do sono.

6.2 Quando e onde a provisão de sangue não for segura, a autoridade eclesial relevante fornecerá a informação aos empregados, voluntários e ordenandos de onde se pode obter sangue seguro.

6.3 A autoridade eclesial relevante também fornecerá a informação de onde se pode obter agulhas e seringas descartáveis devido a que a transmissão do HIV pode ocorrer pelo uso de agulhas e seringas não-descartáveis.

6.4 A autoridade eclesial relevante garantirá de que todos os veículos da igreja estejam totalmente equipados com cintos de segurança. Quando disponíveis, os cintos de segurança devem ser usados por todos os empregados, voluntários e ordenandos viajando a serviço. A autoridade eclesial relevante também assegurará que todos os veículos sejam regularmente e adequadamente reparados e mantidos.

6.5 Empregados, voluntários e ordenandos devem usar capacetes quando estiverem viajando de motocicleta a serviço.

7. Exposição ocupacional ou de outra natureza

7.1 Em caso de acidentes envolvendo o risco de exposição ao sangue humano, precauções universais serão adotadas para assegurar de que não haja nenhum risco de transmissão de HIV ou de outras infecções sanguíneas. Isto implica que em premissas e transportes, kits de primeiros auxílios estejam disponíveis.

7.2 A autoridade eclesial relevante desenvolverá procedimentos imediatos de encaminhamento para aconselhamento, avaliação e tratamento médico (com profilática pós-exposição, quando apropriado) de empregados, voluntários e ordenandos, assim como seus cônjuges e dependentes, expostos ao risco de infecção de HIV (p. ex. por um acidente ou assalto sexual), seja no local de trabalho ou em qualquer outro lugar.

7.3 Um período razoável de licença remunerada será fornecido para aconselhamento depois da exposição ocupacional ou de outro tipo.

8. Medicação Disponível (Infecções Oportunistas, Patologia e Terapia Anti-retroviral-ARV).

8.1 O imperativo do Evangelho para o amor deve guiar a resposta para a AIDS nas igrejas, incluindo o cuidado, apoio e tratamento de empregados, voluntários e ordenandos bem como os seus cônjuges e dependentes que vivem com o HIV. Todos os empregados, voluntários e ordenandos, assim como os seus cônjuges e dependentes, independentemente da condição de HIV, têm direito aos serviços de saúde disponíveis.

O sistema imunológico comprometido devido à infecção do HIV deixa a pessoa mais suscetível a bactérias, parasitas, vírus e outras formas de infecção. As igrejas necessitam ter cuidado especial para as necessidades de saúde dos seus empregados, voluntários e ordenandos, e de seus cônjuges e dependentes, fornecendo acesso a medicamentos para tratar infecções oportunistas, que resultem em melhor qualidade de vida, melhor saúde e sobrevivência de longo prazo.

Parte do sucesso do tratamento de infecções oportunistas deve-se ao seu diagnóstico prematuro. A administração da infecção do HIV necessita de um acompanhamento contínuo da resposta da pessoa imune⁶, e quando clinicamente indicado, as igrejas têm que disponibilizar a terapia anti-retroviral, inclusive acompanhamento apropriado, para empregados, voluntários e ordenandos, assim como aos seus cônjuges e dependentes.

8.2 As pessoas que vivem com o HIV, suas famílias e amigos necessitam de aconselhamento e apoio durante a sua jornada de teste, diagnóstico, convivência ou mesmo no momento da morte por AIDS. A experiência de uma pessoa HIV positiva que fala com alguém que também é HIV positivo – apoio de pares – pode ser muito útil para tirar as pessoas da sua situação de medo e isolamento devido à sua condição de HIV, e expô-las à formas positivas de vida. As igrejas deveriam fornecer espaços seguros para grupos de apoio de Pessoas Vivendo com HIV-AIDS (PVCHIV) dentro das congregações. Além do mais, a parceria entre igrejas e redes de PLWHA é útil para apoiar grupos bem como educação de par e suporte.

8.3 A boa nutrição e a provisão adequada de água potável são de importância vital para cada pessoa. Para PVCHIV essas necessidades são amplificadas. No caso de que

6

- Um teste anual de contagem de células CD4, se disponível localmente
- Atualização de níveis de hemoglobina ou de hematocrit
- Um teste de gravidez para mulheres
- Contagem regular do total de células sanguíneas brancas e testes diferenciais segundo a necessidade no começo da terapia.
- Nível Soro alanine ou aspartame aminotransferaseo
- Soro creatinine e/ou nitrogênio de uréia de sangue
- Soro de Glicose

essas necessidades sejam alcançadas, muitas outras intervenções são secundárias ou desnecessárias. As igrejas devem assegurar o aconselhamento, treinamento e apoio sobre o aumento de energia e proteína necessárias, assim como os alimentos que fornecem micro-nutrientes chaves para os empregados, voluntários e ordenandos, bem como seus cônjuges e dependentes que vivem com o HIV. Informação para garantir a segurança de água potável deve também ser fornecida. Isto pode ser feito em conjunto com redes de PVCHIV e outros parceiros.

9. Aconselhamento e teste voluntário

9.1. Acesso a teste confidencial, voluntário e gratuito de HIV e aconselhamento (ATV), serão disponibilizados aos empregados, voluntários e ordenandos, assim como para seus cônjuges e dependentes, pela autoridade eclesial relevante ou, quando este serviço não estiver disponível, oferecerá informação de onde eles poderão ser encontrados. Quando esses serviços não forem fornecidos gratuitamente, as igrejas reembolsarão os custos do ATV.

9.2. A autoridade eclesial relevante nomeará uma pessoa, ordenada ou leiga, de quem os empregados, voluntários e ordenandos poderão pedir conselho confidencial, aconselhamento e fazer consultas sobre assuntos relacionados ao HIV.

10. Escrutínio de HIV e emprego

10.1 Não há nenhuma obrigação para candidatos à ordenação, empregados ou voluntários novos e atuais de informar a autoridade eclesial relevante sobre suas condições de HIV.

10.2 A condição de HIV não será de modo algum tomado em consideração para ordenação, emprego ou colocação dentro das igrejas.

10.3 O escrutínio de HIV não será solicitado como uma condição para o emprego ou para a continuação do emprego.

11. Informação e capacitação

11.1 A autoridade eclesial relevante fornecerá informação e capacitação sobre assuntos no local de trabalho trazidas pela epidemia de HIV, sobre as respostas adequadas, e sobre as necessidades gerais das pessoas que vivem com HIV e das pessoas que as cuidam.

11.2 Tal informação e capacitação serão sensíveis ao gênero, bem como sensíveis à raça, deficiência, e sexualidade humana.

11.3 A informação incluirá a disponibilidade de organizações de apoio locais para pessoas que vivem com o HIV, e outras comunidades afetadas, assim como redes de pessoas que vivem com o HIV e que trabalham em parceria com as igrejas.

11.4 Sempre que possível, tais informações e capacitações serão integradas em programas existentes e cursos formativos para ordenandos.

11.5 A capacitação sobre HIV/AIDS para empregados, voluntários e ordenandos se realizará durante as horas normais de trabalho e a participação de todos os empregados, voluntários e ordenandos será considerada como parte das obrigações de trabalho.

11.6 Esta capacitação estará aberta, quando possível, aos cônjuges e dependentes dos empregados, voluntários e ordenandos.

11.7 As autoridades eclesiais relevantes serão capacitadas sobre a implementação desta política.

12. Acomodação razoável

12.1 As Igrejas acomodarão razoavelmente as necessidades especiais dos empregados, voluntários e ordenandos que vivem - ou estão diretamente afetados - com o HIV, quando e onde praticáveis.

12.2 Acomodação razoável pode incluir horas de trabalho flexíveis e tempo livre para aconselhamento e consultas médicas, licença de saúde prolongada, transferência para tarefas mais leves, trabalho de meio turno, e planos de regresso ao trabalho.

13. Estigma e Discriminação

13.1. As Igrejas reconhecem que a negação, o estigma e a discriminação relacionada com o HIV são pecados e vão contra a vontade de Deus. Como tal, as igrejas não discriminarão, em nenhuma circunstância, sobre a base da condição real ou aparente de uma pessoa HIV positiva, incluindo as oportunidades de emprego e promoção.

13.2 As igrejas adotarão processos pelos quais a reconciliação entre PVCHIV e as suas igrejas possam ser feitas.

13.3. Empregados, voluntários e ordenandos que vivem com HIV ou AIDS serão tratados não menos favoravelmente do que os empregados, voluntários e ordenandos com outros tipos de doenças sérias.

13.4. A autoridade eclesial relevante empreenderá atividades para discutir o estigma relacionado com o HIV e a AIDS nas igrejas, inclusive através da capacitação de empregados, voluntários e ordenandos e da promoção de um ambiente de trabalho aberto, acolhedor e que de apoio àquelas pessoas que decidam revelar a sua condição de HIV.

13.5. Empregados, voluntários e ordenandos que descriminarem pessoas que vivem com HIV estarão sujeitos à procedimentos disciplinares em caso de que os esforços de aconselhamento falharem.

14. Advocacia para acesso universal

O fracasso em proporcionar a terapia ARV para milhões de pessoas é uma situação de emergência de saúde global. Aproximadamente seis milhões de pessoas HIV positivas em países em desenvolvimento necessitarão da terapia anti-retroviral em 2005. Entretanto, somente umas 440.000 pessoas estão sendo atualmente tratadas. Na África sub-Sahariana, onde vive a maioria das pessoas que necessitam tratamento, somente 150.000 pessoas estão recebendo terapia ARV⁷. As igrejas são bem colocadas para envolver-se no trabalho de advocacia para acesso ao tratamento para todos que precisam dele.

15. Viagem, trabalho e vacinação

15.1 Quando se estiver preparando viagens de curta duração a outros países para empregados de igrejas, voluntários e ordenandos, a autoridade eclesial relevante notificará o indivíduo sobre qualquer restrição legal para a entrada de pessoas que vivem com HIV⁸ no país. Se um empregado, voluntário ou ordenando não puder realizar a viagem de curta duração por essa razão ou qualquer outra razão de saúde relacionada com HIV, arranjos especiais serão feitos para identificar outras tarefas para o empregado.

15.2 Quando se estiver preparando viagens de longa duração ou transferência de empregados, a autoridade eclesial relevante notificará o empregado sobre qualquer exigência legal para escrutínio de HIV⁹. Quando o teste for requerido, a autoridade eclesial relevante assegurará que o empregado seja encaminhado para aconselhamento pré e pós-teste, e reembolsará o custo do aconselhamento caso ele não for gratuito.

15.3 Se um empregado for incapaz de aceitar uma nomeação para um determinado país por causa de exigências relacionadas com HIV daquele país, a autoridade eclesial relevante tomará medidas razoáveis para lhe encontrar um posto alternativo.

15.4 A autoridade eclesial relevante deve descobrir quais restrições se aplicam às pessoas que vivem com a HIV que estão entrando no país. Se houver restrições, a autoridade eclesial relevante deve insistir com o governo para que elas sejam revogadas.

16. Término do emprego

16.1 A infecção por HIV não é uma causa para término do emprego.

⁷ OMS, Cobertura e necessidade de tratamento anti-retroviral, <http://www.who.int/3by5/coverage/en/>, citado em 14 de Setembro de 2004.

⁸ Regulação para Entrada e Residência de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS Informação on-line sobre 168 países, em inglês, francês e alemão www.aidsnet.ch/linkto/immigration. Para obter informação mais atualizada, a embaixada do país relevante deve ser consultada.

⁹ Regulação para Entrada e Residência de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS Informação on-line sobre 168 países, em inglês, francês e alemão www.aidsnet.ch/linkto/immigration. Para obter informação mais atualizada, a embaixada do país relevante deve ser consultada.

16.2 Empregados, voluntários ou ordenandos com uma doença relacionada com HIV continuarão no emprego enquanto eles estiverem clinicamente aptos a um trabalho disponível e apropriado.

16.3 Em caso de término de emprego devido a doença prolongadas; serão concedidos aos empregados, voluntários e ordenandos que vivem com HIV, os mesmos benefícios e condições que se aplicam ao término de contrato devido a outras doenças sérias.

17. Injúrias e procedimentos disciplinares

17.1 A autoridade eclesial relevante disponibilizará procedimentos que possam ser utilizados pelos empregados, voluntários e ordenandos para injúrias relacionadas ao trabalho, incluindo a falta de implementação pela igreja de qualquer aspecto desta política.

17.3 Procedimentos disciplinares podem ser iniciados contra qualquer empregado, voluntário ou ordenando que violar esta política.

Anexo 2

Dados Epidemiológicos Regionais¹⁰

Epidemia de HIV na África sub-Sahariana

A África sub-Sahariana tem apenas 10 % da população mundial, mas é a residência de mais de 60% de todas as pessoas que vivem com HIV — 25.8 milhões. Em 2005, em torno de 3.2 milhões de pessoas na região foram recentemente infectadas, enquanto 2.4 milhões de adultos e crianças morreram de AIDS.

Os declínios na prevalência de HIV nacional entre adultos parecem estar ocorrendo no Quênia, na Uganda e no Zimbábue. Cada um desses países, contudo, permanece carregando uma grande e potencialmente devastadora epidemia. A prevalência de HIV permanece excepcionalmente alta no sul da África, e a epidemia continua se expandindo, notavelmente em Moçambique e na Suazilândia. A África do Oeste e Central não mostram nenhum sinal de alteração nos níveis de infecção por HIV, exceto nas áreas urbanas de Burkina Faso, onde a prevalência parece estar diminuindo.

Na África do Sul a epidemia desenvolveu-se a uma velocidade assombrosa. A prevalência nacional de HIV entre adultos que era de menos de 1 % em 1990 explodiu para quase 25% em 10 anos. Novos dados da África do Sul mostram que a prevalência de HIV entre mulheres grávidas alcançou os seus níveis mais altos até agora: 29.5% das mulheres que freqüentam clínicas pré-natais foram identificadas HIV positivas em 2004. A AIDS na África do Sul está tendo um efeito devastador sobre a vida humana. Um recente estudo em dados de registro de falecimento mostrou que as mortes entre pessoas acima de 15 anos da idade aumentou em 62% de 1997 para 2002.

Uma prevalência muito alta de HIV – em geral excedendo a 30 % entre mulheres grávidas — ainda está sendo registrada no Botswana, no Lesoto, na Namíbia e na Suazilândia, e não há nenhuma evidência clara de um declínio na prevalência de HIV. Na Suazilândia a prevalência de HIV entre mulheres grávidas explodiu para 43 % em 2004, contra 34 % quatro anos antes. Em 1992, a prevalência era de 4 %.

Em Malawi a epidemia é diversa e ainda não esgotou o seu potencial de crescimento. A prevalência entre mulheres grávidas oscilou de apenas 7% num determinado lugar na região central, para 33 % no extremo Sul do país. A prevalência em comunidades rurais é especialmente alta (de 12.1% em 1999 para 14.5% em 2003) assim como também é a prevalência entre mulheres grávidas (20 % entre 20-24 anos de idade).

Na Zâmbia, a prevalência nacional média de HIV entre mulheres grávidas adultas oscilou entre 18-20 % desde 1994, com tendências de prevalência crescentes vistas entre freqüentadores de clínica pré-natais com idade entre 15-19 anos. Os residentes urbanos são duas vezes mais propensos a ser HIV positivos, comparado com os habitantes das áreas rurais, com os mais altos níveis de infecção agrupados em cidades e vilas que se localizam ao longo das principais vias de transporte.

¹⁰ ONU-AIDS (2005), Atualização sobre a Epidemia de AIDS. Dezembro 2005.
<http://www.unaids.org/Epi2005/doc/download.html>

HIV na Ásia

Em 2005, aproximadamente 8.3 milhões de pessoas estavam vivendo com a HIV na Ásia, incluindo 1.1 milhões de pessoas que ficaram recentemente infectadas no ano passado. A AIDS cobrou a vida de aproximadamente 520,000 em 2005. Os níveis de infecção nacionais de HIV na Ásia são baixos comparados com alguns outros continentes, notavelmente a África. Mas as populações de muitas nações asiáticas são tão grandes que mesmo com prevalência nacional de HIV baixa, o número de pessoas que estão vivendo com a aids é muito grande. O uso de drogas injetáveis é o carro-chefe de infecção de HIV na Ásia.

Na China, os casos de HIV foram descobertos em todas as 31 províncias. As epidemias de HIV mais sérias na China foram até agora agrupadas entre grupos populacionais específicos (usuários de droga injetáveis, trabalhadores de sexo, ex-doadores de plasma, e os seus parceiros) e em certas áreas geográficas, especialmente no Sul e Oeste do país.

Uma prevalência de HIV de 18-56% foi encontrada em usuários de droga em seis cidades nas províncias do Sul de Guangdong e Guangxi em 2002, enquanto que na província Yunnan apenas 20% de usuários foram testados HIV positivo no ano seguinte. O sexo pago é provavelmente responsável por uma grande parte dos quase 20% de infecções de HIV na China devido a interação heterossexual desprotegida. A sobreposição potencial entre o sexo pago e o uso de droga injetáveis provavelmente será o fator principal da epidemia na China.

A China fez pouco progresso no cumprimento da promessa de 2003 de fornecer o tratamento anti-retroviral gratuito a todos que precisam dele; em junho de 2005, aproximadamente 20,000 pessoas recebiam o tratamento nas 28 províncias e regiões autônomas onde o tratamento anti-retroviral tinha sido introduzido.

Diversas epidemias estão acontecendo na Índia, onde aproximadamente 5.1 milhões de indianos viviam com o HIV em 2003. Embora os níveis de prevalência da infecção por HIV parece ter se estabilizado em alguns estados (como Tâmil Nadu, Andhra Pradesh, Karnataka e Maharashtra), ele ainda está aumentando em populações de risco em vários outros estados. A prevalência total de HIV, por conseguinte, continuou aumentando.

Transmitido principalmente através do sexo desprotegido no sul e do uso de drogas injetáveis no nordeste da Índia, o HIV está se espalhando além das áreas urbanas. Uma proporção significativa de novas infecções está ocorrendo entre mulheres casadas que foram infectadas pelos seus maridos que tiveram relação com trabalhadoras do sexo.

Pesquisas realizadas em várias partes da Índia em 2001 indicaram que 30% dos trabalhadores do sexo de rua não sabiam que os preservativos previnem a infecção de HIV, e em alguns estados menos da metade de todos os trabalhadores do sexo sabiam que os preservativos previnem o HIV. Grandes proporções de trabalhadores do sexo (42 % nacionalmente) também pensam que eles podem identificar se um cliente teve HIV, com base na sua aparência física.

A Indonésia está à beira de uma epidemia de AIDS que piora rapidamente, principalmente devido ao uso de droga injetável comum. Mais de 70% das pessoas que solicitaram a teste em Pontianak (na ilha do Bornéu) descobriram que eles foram infectadas com o HIV; três quartos deles eram usuários de droga injetável. Entretanto, a prevalência tão alta de HIV de 48% foi encontrada em usuários de droga em centros de reabilitação em Jacarta.

No Vietnam, onde o HIV já se espalhou em todas as 64 províncias e cidades, o número de pessoas que vivem com HIV dobrou desde 2000, alcançando um aproximado de 263.000 pessoas em 2005. Os níveis de infecção de HIV de 40 % entre usuários de drogas injetáveis são bastante habituais.

A combinação dos altos níveis de comportamento de risco e o conhecimento limitado sobre a AIDS entre os usuários de droga injetáveis e trabalhadores do sexo no Paquistão, favorece a proliferação rápida do HIV, e novos dados sugerem que o país possa estar à beira de epidemias sérias de HIV. Uma epidemia explosiva já foi identificada entre os usuários de droga injetáveis em Karachi, 23% dos quais foram identificados como HIV positivos em 2004. O conhecimento sobre HIV entre usuários de drogas (e trabalhadores do sexo) é extremamente baixo. Em Karachi, mais de um quarto deles nunca tinham ouvido falar da AIDS e muitos não sabiam que o compartilhar de seringas de injeção pode deixá-los infectados com HIV. Um de cada cinco trabalhadores do sexo não pode reconhecer um preservativo, três quartos não sabem que os preservativos previnem o HIV e um terço nunca ouviram falar sobre a AIDS.

Na Malásia, aproximadamente 52.000 pessoas viviam com HIV em 2004, a vasta maioria homens jovens (entre idades de 20-29 anos), e três quartos deles usuários de drogas injetáveis.

A Tailândia foi amplamente saudada como uma das histórias de êxito na resposta à AIDS. Em 2003, a prevalência nacional prevista de HIV entre adultos tinha caído ao seu nível mais baixo da história, aproximadamente 1.5%. Entretanto, um estudo em quatro cidades (inclusive Bangkok e Chiang Mai) identificou que os trabalhadores do sexo indicaram estar usando preservativos somente 51 % do tempo, e principalmente com estrangeiros - a grande diferença em comparação com a taxa extraordinária de 96% relatada num estudo de 2000 em Bangkok. Só em torno de um de cada quatro clientes tailandeses estavam dispostos a usar um preservativo. Alta prevalência de HIV foi encontrada entre homens que fazem sexo com outros homens na Tailândia. Num estudo recente em Bangkok, 17 % de homens que fazem sexo com outros homens eram HIV positivos e quase um quarto deles também tinham tido sexo com mulheres nos seis meses anteriores.

Em Myanmar, os esforços limitados de prevenção fizeram com que o HIV se espalhasse livremente - inicialmente entre os principais grupos de risco e depois além deles. Conseqüentemente, Myanmar tem uma das mais sérias epidemias de AIDS na região, com a prevalência de HIV entre mulheres grávidas estimada em 1.8% em 2004.

Em Bangladesh a prevalência nacional de HIV entre adultos está abaixo de 1%. Bangladesh começou a iniciar programas de prevenção de HIV na fase inicial da

epidemia e, devido aos esforços enfocados na prevenção, a prevalência de HIV entre trabalhadoras do sexo ficou baixa (0.2% - 1.5% em diferentes lugares de observação). Entretanto, a qualidade e a cobertura dessas iniciativas necessitam ser fortalecidas caso se queira prevenir a transmissão mais rápida de HIV.

Nas Filipinas, a prevalência nacional de HIV entre adultos permaneceu baixa, mesmo entre as populações de risco. Entretanto, há sinais de alerta de que isto poderia mudar. O uso do preservativo durante o sexo pago não é freqüente, a prevalência de infecções sexualmente transmitidas vem aumentando, e as altas taxas de intercambio de seringas entre os usuários de droga foram identificadas em algumas partes. Segundo uma grande pesquisa de 2003, mais de 90% dos que responderam, ainda acreditavam que o HIV pode ser transmitido compartilhando uma refeição com uma pessoa HIV positiva.

HIV no Caribe

A epidemia de AIDS cobrou aproximadamente 24.000 vidas no Caribe em 2005, fazendo com que o HIV fosse a principal causa de morte entre adultos entre 15-44 anos de idade. Um total de 300.000 pessoas estão vivendo atualmente com o HIV na região, incluindo 30.000 pessoas que ficaram infectadas em 2005.

A prevalência nacional estimada de HIV entre adultos supera 1% em Barbados, República Dominicana, Jamaica e Suriname, 2 % nas Bahamas, Guiana e Trinidad e Tobago, e excede 3% no Haiti. Em Cuba, por outro lado, a prevalência ainda deve alcançar 0.2 %.

As epidemias da região são ocasionadas principalmente pelo intercuro heterossexual, tendo o sexo comercial como um fator relevante, associado com a situação de pobreza severa, alto desemprego e desigualdade de gênero.

O total de infecções relatadas de HIV atribuídas ao sexo entre homens é aproximadamente 12%, porém a homofobia e os robustos tabus sócio-culturais que estigmatizam as relações com o mesmo sexo, significam que a proporção atual poderia ser de alguma forma maior. O uso de drogas injetáveis é atualmente responsável por uma pequena minoria de infecções de HIV; só nas Bermudas e em Porto Rico ela contribui significativamente para a proliferação do HIV.

Novas infecções de HIV entre as mulheres estão superando a infecção entre os homens. Em Trinidad e Tobago os níveis de infecção por HIV são seis vezes mais alto entre mulheres de 15 a 19 anos do que entre homens da mesma idade. Em muitos países a atividade sexual começa comparativamente cedo — quando inspecionado, um quarto de mulheres entre 15-29 anos em Barbados disse que elas tinham sido sexualmente ativas quando completaram 15 anos.

A epidemia no Haiti, uma das mais antigas do mundo, pode estar virando a esquina. Em geral, a porcentagem de mulheres grávidas identificadas HIV positivas encolheu pela metade de 1993 a 2003/2004, de 6.2% a 3.1%. A tendência foi mais acentuada nas áreas urbanas (onde a prevalência de HIV caiu de 9.4% em 1993 para 3.7% em 2003/2004), e especialmente entre as idades de 15 a 24 anos — o que sugere que uma diminuição significativa de novas infecções por HIV possa estar ocorrendo nas cidades

do país. Entretanto, o Haiti ainda tem o maior número da gente vivendo com o HIV no Caribe.

Os níveis de infecções de HIV na República Dominicana entre mulheres grávidas estiveram diminuindo desde o fim dos anos 90, com a prevalência total de HIV em mulheres grávidas estáveis em 1.4 %. Níveis baixos de infecção por HIV de 3-4% encontrados entre trabalhadores do sexo comerciais em Santo Domingo, provavelmente refletem esforços para estimular o uso constante de preservativos e outros comportamentos mais seguros.

As infecções por HIV estão em crescimento, e as medidas preventivas de Cuba parecem não estar acompanhando as condições que favorecem a extensão do HIV, incluindo a ampla desigualdade de renda e a indústria sexual crescente. Ao mesmo tempo, a prevenção de Cuba do programa de transmissão de mãe para filho permanece altamente eficaz. Todas as mulheres grávidas são testadas para HIV, e as que são testadas positivas recebem as drogas anti-retrovirais.

Enquanto o acesso universal ao tratamento está ocorrendo em Cuba, e a cobertura é relativamente alta nas Bahamas e Barbados, o acesso ao tratamento é muito baixo em três dos países mais afetados do Caribe. Aproximadamente um terço das pessoas em necessidade do tratamento anti-retroviral, o estavam recebendo em Trinidad e Tobago em Setembro de 2005, um mero 12 % no Haiti e 10 % na República Dominicana.

HIV na Europa Oriental e a Ásia Central

O crescimento da epidemia de HIV na Europa Oriental e na região da Ásia Central é o mais rápido no mundo. Aproximadamente 1.6 milhões de pessoas estão vivendo agora com o HIV, com aproximadamente 270.000 novas pessoas infectadas em 2004. Comparado com 2003, a AIDS cobrou quase duas vezes mais vidas em 2005, e matou aproximadamente 62.000 adultos e crianças.

A epidemia tem um rosto jovem. 75 % das infecções relatadas entre 2000 e 2004 se deram entre pessoas com menos de 30 anos de idade; na Europa Ocidental, o dado correspondente foi de 33 %. A Ucrânia, com uma prevalência de HIV entre adultos estimada de 1.4%, continua sendo o país mais afetado na Europa e 25% das pessoas que foram diagnosticadas HIV positivas têm menos de 20 anos de idade. Na Federação Russa – que conta com 70 % das pessoas que vivem com o HIV na região – 75% das 860.000 pessoas estimadas serem HIV positiva têm idade entre 15-29 anos.

Várias repúblicas asiáticas centrais e caucasianas estão experimentando as primeiras etapas das epidemias. O Usbequistão está experimentando a epidemia mais dinâmica. Em 1999, somente 28 diagnósticos de HIV foram reportados nesse país; em 2004 houve 2,016 novas infecções de HIV, elevando para mais de 5.600 o número total de casos de HIV. A epidemia do Cazaquistão está centrada em gente jovem que injeta drogas, alguns dos quais também se ocupam com a venda de sexo. Quase 4.700 casos de HIV haviam sido informados nesse país no final de 2004 - mais do que três vezes o total de quatro anos antes.

Na Bielorrússia (onde mais de 6.200 pessoas tinham sido diagnosticadas com o HIV no fim de 2004) e a Moldava (onde ao número ficou em mais de 2.300), as epidemias não mostram nenhum sinal de regressão. Níveis muitos altos de comportamentos de

risco no sudeste da Europa sugerem que o HIV possa fortalecer a sua presença nesta região, a menos que os esforços de prevenção aumentem.

A desordem social e econômica deixaram as crianças e os adolescentes mais vulneráveis à infecção de HIV em consequência da pobreza, stress familiar e colapso de estruturas sociais. Eles enfrentam a exploração sexual e econômica, a abstenção escolar e a deterioração dos serviços sociais. O crescimento do tráfico de drogas e de seres humanos só exacerbam a sua vulnerabilidade.

A região enfrenta uma combinação mortal de HIV e tuberculose. Multi-drogas de TB resistente, prevalente na Federação Russa e na Ucrânia, é agora a causa principal de mortes entre as pessoas que vivem com o HIV. Ela está concentrada entre os jovens, os mais vulneráveis e com maior risco.

Os riscos são ampliados devido a pouca consciência entre os jovens sobre HIV, baixo uso de preservativos, múltiplos parceiros sexuais, altas taxas das infecções sexualmente transmitidas, e o intercambio de seringas de injeção contaminadas.

HIV na América Latina

O número de pessoas que vivem com HIV em América Latina aumentou para aproximadamente 1.8 milhões. Em 2005, em torno de 66.000 pessoas morreram de AIDS, e 200.000 foram infetadas. Entre jovens de 15 a 24 anos de idade, um estimado de 0.4 % de mulheres e de 0.6 % de homens viviam com o HIV em 2005.

Principalmente devido às suas grandes populações, países Sul-americanos como Argentina, Brasil e a Colômbia abrigam as maiores epidemias na região. A prevalência mais alta de HIV foi encontrada no Belize, na Guatemala e em Honduras - onde aproximadamente 1 % dos adultos foram infetados com o HIV no final de 2003.

As epidemias da região estão sendo completadas com combinações variadas de sexo inseguro e uso de droga injetável, sendo o sexo entre homens um fator proeminente para a transmissão de HIV. Em quase todos os países latino-americanos, os níveis mais altos de infecção de HIV estão sendo registrados entre homens que têm sexo com outros homens (numa faixa de 2% a 28% dependendo do lugar). O segundo mais alto níveis de HIV são encontrados entre trabalhadoras do sexo (faixa entre 0% e 6.3%). Se prevê que o sexo entre homens seja responsável por 25% - 35% dos casos de AIDS registrados em países como Argentina, Bolívia, Brasil, Guatemala e Peru.

De longe o maior e mais populoso país da região, o Brasil abriga uma epidemia diversa que penetrou os 26 estados do país. Embora a prevalência nacional de HIV entre mulheres grávidas tenha permanecido abaixo de 1%, uma onda crescente de novas infecções de HIV são entre as mulheres, e os que vivem em circunstâncias de pobreza parecem estar desproporcionalmente em risco de infecção.

Uma pesquisa no Brasil em 2004 mostrou que 36% das pessoas entre 15-24 anos tinham tido sexo antes dos 15 anos e que só 62% sabiam como o HIV era transmitido. Em cidades do Brasil, a contribuição do uso de drogas injetáveis para a transmissão do HIV parece ter diminuído — este êxito pode ser atribuído à programas de redução de infecções. Estimativas oficiais mostram que três quartos de aproximadamente 200.000 usuários de drogas injetáveis no Brasil usam agora seringa descartável.

Na Argentina, a maior parte das novas infecções estiveram ocorrendo durante o intercuro heterossexual desprotegido, com números crescentes de mulheres que adquirem HIV. A proporção homem-mulher entre casos reportados de AIDS mudou de 15 por 1 em 1988 para 3 por 1 em 2004. O uso de droga injetável e sexo inseguro entre homens continua fornecendo o ímpeto para a expansão do HIV na Argentina, especialmente nas áreas urbanas das províncias de Buenos Aires, Córdoba e Santa Fé, onde ocorreram aproximadamente 80% dos casos de AIDS. Quando testados na cidade de Buenos Aires, aproximadamente 44% de usuários de drogas injetáveis foram identificados HIV positivos, enquanto que a prevalência de HIV de 7-15% foi encontrada entre homens que têm sexo com homens, em vários estudos.

O HIV penetrou áreas rurais do Paraguai, especialmente ao longo das fronteiras com a Argentina e o Brasil.

HIV na América Norte, Europa Central e Ocidental

O número de pessoas que vivem com HIV na América Norte, Europa Ocidental e Central aumentou para 1.9 milhões em 2005, com aproximadamente 65.000 pessoas tendo adquirido HIV no ano passado. A ampla disponibilidade da terapia anti-retroviral ajudou a manter as mortes relacionadas com a AIDS comparativamente baixo, em torno de 30.000 em 2005.

O número estimado de pessoas que vivem com HIV nos Estados Unidos da América no final de 2003 excedeu um milhão pela primeira vez. Isto demonstra que pessoas com HIV estão vivendo mais devido ao tratamento anti-retroviral, bem como o fracasso para adaptar e manter os êxitos de prevenção alcançados durante os primeiros 10-15 anos da epidemia.

Nos Estados Unidos, o sexo desprotegido entre homens permanece sendo o modo dominante da transmissão, responsável por 63% das infecções de HIV recentemente diagnosticadas em 2003. O uso de droga injetável respondeu por aproximadamente 20% das novas infecções no mesmo ano. Para as mulheres que vivem com o HIV, o intercuro heterossexual inseguro é o modo principal de transmissão — aproximadamente 73% adquiriram o vírus dessa maneira em 2003.

Assim como no Reino Unido, acredita-se que um quarto das pessoas que vivem com o HIV nos EUA não sabem que estão infectadas, e que a ignorância está certamente acrescentando ímpeto à epidemia.

No Canadá somente 58.000 diagnósticos de HIV tinham sido reportados até ao fim de 2004. O número de novas infecções anuais de HIV registradas aumentou em 20% nos últimos cinco anos, e as mulheres agora compreendem mais de um quarto dos novos diagnósticos. Isto corresponde à proporção crescente de diagnósticos de HIV atribuíveis à transmissão heterossexual (30% em 2004).

Mais de meio milhão de pessoas estão vivendo com a HIV na Europa Ocidental, e o número continua crescendo, entre sinais em vários países do ressurgimento do comportamento sexual arriscado. A maior mudança na Europa Ocidental foi a aparição do contato heterossexual como causa dominante de novas infecções de HIV em vários países. Das mais de 20.000 infecções de HIV recentemente diagnosticadas

em 2004, mais de um terço se deu entre mulheres. Uma grande proporção de novos diagnósticos se deu em pessoas originárias de países com epidemias sérias, principalmente países da África sub-Sahariana.

O sexo entre homens continua sendo um fator importante nas epidemias da França, Reino Unido e Países Baixos, e na Bélgica, Dinamarca, Portugal e Suíça houve uma leve, e na Alemanha uma significativa, subida no número de novas infecções anuais de HIV atribuídas ao sexo entre homens. Na Alemanha, as novas infecções de HIV entre homens que têm sexo com outros homens quase dobrou de 2001 a 2004 (de 530 para 982 casos) e o sexo inseguro entre homens é a causa principal do aumento constante em geral em novos diagnósticos de HIV na Alemanha, que chegou a 2.058 em 2004 (44% mais do que os 1.425 casos diagnosticados em 2001).

Na Espanha os casos de HIV entre usuários de drogas injetáveis baixou abruptamente nos anos 1990 depois que o tratamento de metadona e os projetos de intercambio de agulha foram introduzidos. As novas infecções de HIV entre usuários de drogas injetáveis também caíram acentuadamente em Portugal (1.000 em 2004, comprador com 2.400 em 2000), e eles compreenderam apenas um terço de novos diagnósticos de HIV em 2004 (comparado com quase a metade em 2002).

Em geral, as epidemias na Europa Central permaneceram contidas e são pequenas. Aproximadamente a metade dos casos nos quais uma forma de transmissão foi identificada em 2004 foram devido ao intercurso heterossexual desprotegido, mas em uma porção de países — inclusive a República Checa, Hungria, Eslovênia, e a República eslovaca — o sexo entre homens parece ser o modo principal de transmissão de HIV.

HIV no Oriente Médio e África do Norte

O avanço da AIDS no Oriente Médio e na África de Norte continuou com últimas estimativas mostrando que 67.000 pessoas ficaram infetadas com o HIV em 2005. Aproximadamente 510.000 pessoas estão vivendo com HIV na região. Aproximadamente 58.000 adultos e crianças morreram de doenças relacionados com a AIDS em 2005.

Evidência disponível revela tendências crescentes de infecções de HIV em países como Argélia, Líbia, Marrocos, e Somália. O principal modo de transmissão de HIV nesta região é o contato sexual desprotegido, embora o uso de droga injetáveis seja um fator cada vez mais importante e seja o modo predominante da infecção no Irã e na Líbia.

Exceto no Sudão, os níveis de prevalência nacionais de HIV são baixos em todos os países desta região. Contudo, a maior parte das epidemias estão concentradas geograficamente e entre determinadas populações de risco, incluindo os trabalhadores do sexo e os seus clientes, injetores de drogas, e homens que têm sexo com outros homens.

De longe, o país mais afetado desta região é o Sudão, com os níveis de infecções mais altos encontrados no sul. Entretanto, há sinais recentes de que o HIV pode estar adquirindo uma presença mais forte no norte do que anteriormente pensado. Entre mulheres que procuram clínicas de infecção sexualmente transmitidas na capital, mais

de 2% foram testadas positivas em 2004, enquanto a prevalência de HIV de 1% foi identificada entre estudantes universitários e pessoas internamente deslocadas em estados tanto do Norte como do Sul do país.

De acordo com um recente estudo comportamental no Sudão, só três quartos das mulheres grávidas escutaram alguma vez falar sobre AIDS, e um quinto das mulheres entrevistadas acreditavam que elas poderiam adquirir o HIV compartilhando uma refeição com uma pessoa HIV positiva. Somente 5% sabiam que o uso de preservativos pode prevenir a infecção de HIV, e mais de dois terços das mulheres nunca tinham visto ou tinham ouvido falar de um preservativo.

Uma pesquisa conduzida na capital de Arábia Saudita, Riad, indica que aproximadamente a metade das infecções por HIV ocorreram durante o intercuro heterossexual. A maior parte das mulheres eram casadas e tinham adquirido o vírus de seus maridos, enquanto que a maior parte dos homens tinham sido infetados durante o sexo pago. Uma grande proporção (26%) das infecções identificadas no estudo foi atribuída à transfusão de produtos sanguíneos ou sangue contaminado na fase inicial da epidemia.

Dados oficiais do Egito indicam uma epidemia que está conduzida principalmente pelo sexo desprotegido - com o intercuro heterossexual responsável pela metade dos casos de HIV observados, e o sexo entre homens entre um quinto. O uso de drogas injetáveis foi a forma da transmissão em somente 2% dos casos de HIV. Ainda, os pesquisadores encontraram altos níveis de comportamento arriscado entre os usuários de droga injetáveis no Cairo, por exemplo, com mais da metade dos usuários inspecionados dizendo que usaram seringas não-descartáveis no mês anterior.

No Irã, o HIV está circulando amplamente entre os usuários de droga, de quem houve aproximadamente 200.000 infecções em 2003, com possibilidades de estender-se além disso. Um novo estudo entre usuários que freqüentam centros públicos de tratamento de drogas em Teerã sugere ligações próximas entre HIV e droga injetável, encarceramento e práticas sexuais. A maior parte dos injetores de droga que participaram do estudo eram sexualmente ativos, muitos tendo comprado ou vendido sexo e só 53% tinham usado alguma vez um preservativo.

Em vários países desta região, uma combinação de dados inadequados de vigilância e de tabus socio-culturais fortes contra o sexo entre homens podem estar ocultando o sexo entre homens como um fator de transmissão de HIV. Pouco é conhecido sobre a transmissão de HIV em prisões, embora os dados disponíveis apontem para um risco elevado nesses locais. A prevalência de HIV de 18% foi reportada em prisões no Trípoli, na Líbia, 2% no Sudão em 2002 e quase 1% no Marrocos em 2003.

O conhecimento sobre a AIDS na região é geralmente pobre, e as práticas preventivas são raras, mesmo entre populações de maior risco de ficar infectadas. Esforços substantivos são claramente necessários para introduzir estratégias de prevenção de HIV mais eficazes no Oriente Médio e na África do Norte.

HIV na Oceania

Aproximadamente 74,000 pessoas na Oceania estão vivendo com o HIV. Embora se acredite que menos de 4.000 pessoas tenham morrido de AIDS em 2005, se imagina

que aproximadamente 8.200 tenham sido recentemente infectadas com o HIV. Entre jovens de 15–24 anos de idade, aproximadamente 1.2% das mulheres e 0.4% dos homens viviam com HIV em 2005.

As infecções de HIV foram agora reportadas em cada país ou território da Oceania, limitando Niue e Tokelau. Embora as epidemias estejam ainda em suas primeiras etapas na maioria dos lugares, os esforços preventivos devem ser intensificados.

Mais de 90% das 11.200 infecções de HIV reportadas nos 21 países e territórios da Ilha do Pacífico em 2004 foram registrados na Papua Nova Guiné onde uma epidemia de AIDS está agora em andamento. Desde 1997, os diagnósticos de HIV aumentaram em torno de 30% cada ano na Papua Nova Guiné; aproximadamente 10.000 casos de HIV tinham sido diagnosticados até ao fim de 2004, mas o número atual de pessoas que vivem com HIV pode ser cinco vezes como alto.

Informação disponível aponta para uma epidemia principalmente heterossexual na Papua Nova Guiné, na qual redes de sexo pagos e casuais figuram prominentemente. Os altos níveis de infecções sexualmente transmitidas que estão sendo registradas refletem a disseminação do risco sexual que pode abastecer o crescimento contínuo da epidemia. A menos de que os programas de prevenção de HIV sejam drasticamente e rapidamente melhorados, a combinação de migração de larga escala, pobreza extrema e desigualdade severa entre homens e mulheres (inclusive os altos níveis da violência sexual contra mulheres) abastecerão a epidemia.

A Austrália tem a epidemia mais antiga da região. Tendo descendido a até 25% entre 1995-2000, o número anual de novos diagnósticos de HIV em Austrália começou a curvar para cima novamente, alcançando 820 casos em 2004. Isto elevou o número de pessoas que vivem com HIV no país para aproximadamente 14.800 em 2004. Uma proporção significativa (31%) dessas infecções tinha ocorrido durante no ano anterior, possivelmente refletindo um ressurgimento do comportamento arriscado.

O volume de transmissão de HIV em Austrália ainda ocorre através do sexo entre homens, que representa 68% de todas as infecções de HIV registradas desde que a epidemia começou. Entretanto, a porção de infecções de HIV atribuídas ao intercuro heterossexual cresceu de 7 % antes de 1996 para mais de 23% de novos diagnósticos em 2004.

Há acesso de larga escala à terapia anti-retroviral na Austrália, com mais da metade das pessoas que vivem com a HIV recebendo tratamento. Por conseguinte, o tempo de sobrevivência médio depois do diagnóstico da AIDS aumentou de 17 meses antes de 1995 para 45 meses em 2001.

A epidemia na Nova Zelândia é pequena em comparação. Contudo, os novos casos de HIV dobraram nos últimos anos — de menos de 80 em 1999 para 157 em 2004. O sexo entre homens respondeu aproximadamente pela metade dos novos diagnósticos. Semelhante a Austrália, mais de 90% das pessoas com HIV adquirido heterossexualmente diagnosticado em 2004 tinham sido infetados no exterior. As mortes pela AIDS diminuíram constantemente desde meados dos anos 1990, principalmente devido ao acesso extensivo ao tratamento anti-retroviral.

20 Janeiro 2006

Os níveis de infecção de HIV são muito baixos no resto da Oceania, com o número total de casos de HIV reportados excedendo 150 só na Nova Caledônia (246), Guam (173), Polinésia Francesa (220) e Fiji (171).

Anexo 2

Termo de Confidencialidade

(para ser preenchido por todos os empregados, voluntários e ordenandos)

1. Confirmando que li e entendi esta Política no Local de Trabalho.
2. Reconheço que através da associação com a minha igreja posso obter informação de natureza altamente pessoal e confidencial.
3. Entendo que tal informação pode incluir dados de alguém que:
 - pode estar vivendo com HIV ou AIDS;
 - foi pedido ou aconselhado para fazer um teste de HIV;
 - está recebendo ou recebeu tratamento ou aconselhamento, o qual sugere que ele ou ela possa estar vivendo com HIV ou AIDS;
 - possa ter tido experiências que coloca ele ou ela em risco de contrair HIV; ou
 - tem uma associação ou relacionamento próximo com alguém que vive com HIV ou AIDS.
4. Somente revelarei tal informação quando autorizado pela pessoa em questão.
5. Entendo que a violação deste acordo pode resultar em ação disciplinar, e possível procedimento legal contra mim e/ou a minha igreja.

Assinatura.....

Lugar e Data.....

Testemunha