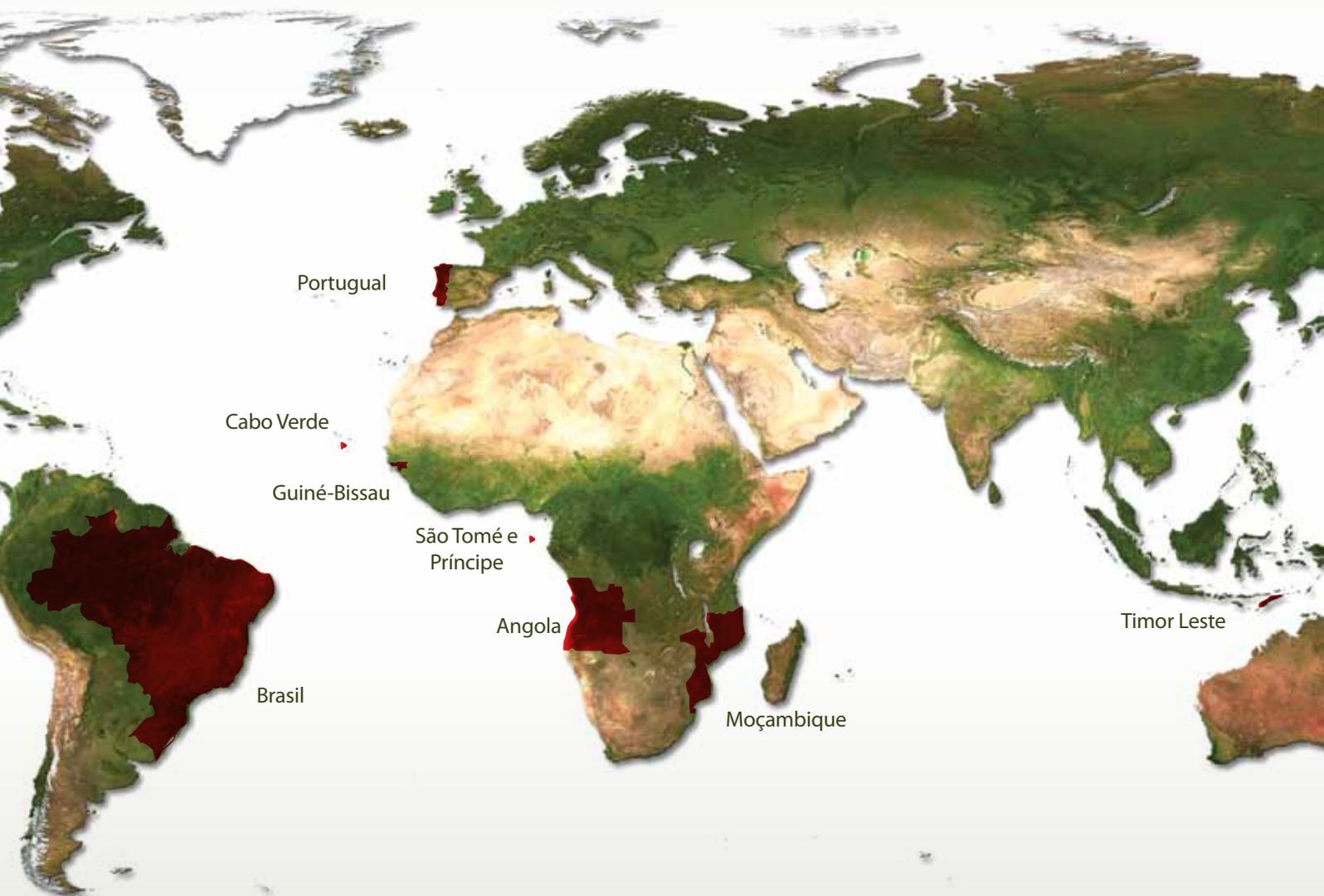


Epidemia de VIH nos

países de língua oficial portuguesa



Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados



CPLP | Comunidade de Países da Língua Portuguesa



UNAIDS
PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK

Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa



Situação atual e perspectivas futuras rumo ao
acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados



CPLP | Comunidade de Países da Língua Portuguesa



UNAIDS
PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK

Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa

Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados

Segunda edição

© **CPLP/ONUSIDA**

Esta publicação é um documento conjunto dos países membros da Comunidade de Língua Oficial Portuguesa (CPLP), que foi elaborado em cooperação com o Secretariado Executivo da CPLP e o escritório do ONUSIDA no Brasil, ponto focal para os países de língua portuguesa.

Coordenação de textos

Introdução – Secretariado da CPLP / ONUSIDA-Brasil

Angola – Dulcelina Serrano

Brasil – Gerson Fernando Mendes Pereira

Cabo Verde – José Antonio dos Reis

Guiné Bissau – Anaximandro Zylene Casimiro Menut

Moçambique – Benedito Ngomane

São Tomé e Príncipe – Alzira Segunda Silva do Rosário

Timor Leste – ONUSIDA-Brasil (texto elaborado em base no informe UNGASS 2010)

Coordenação da publicação e revisão de textos

ONUSIDA-Brasil

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

Rua de São Caetano, 32

1200-829 Lisboa

Portugal

Telf: + 351 21 392 85 60 . Fax: + 351 21 392 85 88

ONUSIDA-Brasil

EQSW 103/104 Bloco C 2ºandar Brasília, DF

Telefone: (61) 3038 9220 / fax: (61) 3038-9229

E-mail: brazil@unaids.org

Impressão de 1000 exemplares, dezembro de 2010

Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa

Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados



ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	07
INTRODUÇÃO	09

Breve descrição da epidemia, avanços registrados e perspectiva futura segundo país

ANGOLA	16
BRASIL	34
CABO VERDE	51
GUINÉ-BISSAU	64
MOÇAMBIQUE	80
PORTUGAL	98
SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	108
TIMOR LESTE	116

APRESENTAÇÃO

Em quase trinta anos de luta contra a epidemia de SIDA, muitas lições foram aprendidas. Dentre elas, a de que uma resposta estruturada e eficiente se faz com a mobilização de governos e da sociedade num amplo leque de alianças multisetoriais, multidisciplinares onde a pluralidade, o respeito à diversidade, a referência permanente aos aspectos éticos e aos direitos humanos configurem a base para a formulação das políticas públicas.

Também aprendemos que é possível compartilhar experiências e aprender com as lições e resultados de outros países e que a cooperação horizontal é uma ferramenta estratégica para fortalecer relações entre países em desenvolvimento. Processos de cooperação estabelecidos de modo equânime, horizontal e respeitoso, onde todos os participantes têm a receber e também experiências a compartilhar, são aqueles que verdadeiramente agregam ao fortalecimento das capacidades locais.

O documento que ora apresentamos atualiza e complementa a versão lançada em 2008 e busca registrar os avanços e obstáculos enfrentados pelos países de língua portuguesa na resposta ao VIH. Como se poderá observar com sua leitura, os membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste) apresentam epidemias de

SIDA bastante diversas e também enfrentam desafios similares na implementação de suas respostas e no combate à discriminação e ao preconceito relacionados ao VIH, fatores potencializadores da vulnerabilidade à infecção que reduzem a eficiência dos recursos aplicados e resultados alcançados.

Os países da CPLP compartilham uma série de compromissos relacionados com a resposta global à epidemia de SIDA e sabem que podem contar com a parceria do UNUSIDA e do Secretariado da CPLP no apoio a suas respostas.

Esta publicação encontra respaldo no Memorando de Entendimento entre a CPLP e o UNUSIDA, firmado em março de 2010, o qual busca mobilizar apoio técnico, político e financeiro para redes e organizações da sociedade civil, incluindo pessoas vivendo com o VIH nos países de língua portuguesa e desenvolver canais para trocas de experiências entre esses países, por meio da cooperação técnica horizontal.

Estamos certos de que este documento representa um passo adiante na busca de nossos objetivos comuns e que será um instrumento estratégico para avançarmos rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e apoio ao VIH.

Michel Sidibe
DIRETOR EXECUTIVO DO UNUSIDA

Domingos Simões Pereira
SECRETÁRIO-EXECUTIVO DA CPLP

INTRODUÇÃO

Em 2008 foi publicado o documento conjunto da CPLP e ONUSIDA sobre a epidemia de VIH-SIDA nos países de língua oficial portuguesa. Deste então, importantes marcos foram alcançados por esses países na resposta à epidemia do VIH/SIDA. Também foram firmados importantes acordos na área da saúde entre os membros da Comunidade, como também entre a CPLP e ONUSIDA.

A proposta do presente documento é atualizar as informações sobre os aspectos relativos à situação da epidemia do VIH/SIDA nos países lusófonos, bem como registrar progressos observados nas respostas nacionais à epidemia destes países no decorrer destes últimos anos; o documento busca também trazer reflexões sobre as perspectivas futuras, como também fazer uma projeção de perspectivas futuras, mantendo sempre o foco naqueles relacionados ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no campo da infecção pelo VIH.

Deve ser registrar o conteúdo que se segue foi elaborado de forma pelos países membros da CPLP, em cooperação com o Secretariado Executivo da Comunidade e ONUSIDA, por intermédio do seu escritório no Brasil, ponto focal para a CPLP conforme estabelecido no Memorando de Entendimento entre a CPLP e o ONUSIDA.

A CPLP

A Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) foi criada oficialmente em

1996, como um fórum multilateral que visa estreitar os laços entre os países nas quais português é língua oficial. O documento de sua origem foi assinado em Lisboa, no dia 17 de julho, por Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. O Timor Leste tornou-se membro da CPLP em 2002, logo após seu processo de independência.

A CPLP tem como objetivos principais, segundo seu estatuto:

1. A concertação político-diplomática entre seus Estados-membros, nomeadamente para o reforço da sua presença no cenário internacional
2. A cooperação em todos os domínios, inclusive os da educação, saúde, ciência e tecnologia, defesa, agricultura, administração pública, comunicações, justiça, segurança pública, cultura, desporto e comunicação social
3. A materialização de projetos de promoção e difusão da língua portuguesa

Os países da CPLP ocupam uma área de 10.742.000 km², ou 7,2% da superfície terrestre. Juntos, os membros da CPLP possuem aproximadamente uma população de 230 milhões de habitantes. A CPLP possui um secretariado permanente sediado em Lisboa.

Acordos na área de saúde na CPLP

A Estratégia Geral de Cooperação da CPLP, aprovada em Julho de 2006, durante a VI Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP (Bissau), destaca o interesse da Comunidade em promover a consecução dos Objectivos do Milênio (ODM) ligados à saúde, agindo de modo intenso nos seguintes pontos:

- *Redução* da mortalidade infantil,
- *Melhoria* do acesso à saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna e
- *Combate* ao VIH/SIDA, malária, tuberculose e outras doenças infecciosas endêmicas.

Em decorrência da I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP - realizada entre os dias 11 e 12 de abril de 2008 – foi assinada a Declaração da Praia que estabelece o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) para o período 2009-2012, simbolizando um marco na área de cooperação de saúde entre os Estados membros.

Os eixos estratégicos do PECS visam a formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde; o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde; fortalecimento da vigilância epidemiológica, entre outros. Para a operacionalização, Monitoramento e Avaliação do PECS foi criada o Grupo Técnico da Saúde da CPLP.

A epidemia da SIDA na CPLP e a resposta ao VIH/SIDA

Pode-se observar uma grande diversidade de epidemias e sub-epidemias registradas no âmbito dos países da CPLP. A prevalência da infecção pelo VIH varia grandemente de país a país, desde aquela estimada para Timor Leste, de baixíssima prevalência, a epidemias generalizadas, como se observa em Moçambique, por exemplo. Do mesmo modo, deve variar o período de introdução do vírus em cada país e, de modo bastante claro, a existência de subtipos diversos e não necessariamente coincidentes. O VIH-2 encontra-se presente de modo relativamente importante em alguns países e inexistente do ponto de vista de relevância epidemiológica em outros.

A tabela que segue mostra alguns dados mais detalhados sobre a epidemia nos países membros da CPLP.

Novos dados permitem ter uma idéia mais exata sobre a situação epidemiológica em alguns dos países membros, mas ao mesmo tempo, a melhoria dos sistemas de informação a carência de informações atualizadas e mais abrangentes perdura como um desafio para uma análise mais acurada da epidemia de VIH/SIDA.

PAÍS	Prevalência do HIV (%) (em adultos de 15-49 anos)	Pessoas recebendo tratamento ARV	Pessoas vivendo com HIV e AIDS
Angola**	2,40%	12.000	210.775
Brasil**	0,61%	190.000	630.000
Cabo Verde**	0,8% (2005)	149 (2009)	n/a
Guiné-Bissau*	1,80%	900	16.000
Moçambique*	11,50%***	90.000	1.500.000
Portugal*	0,50%	n/a	34.000
São Tomé e Príncipe**	1,5%	110 (2008)	242 (2008)
Timor-Leste**	0,19%	n/a	151

*Fonte: ONUSIDA/WHO Epidemiological Fact Sheet 2008, disponível em: www.apps.who.int/globalatlas/

**Fonte: UNGASS 2010 Country Progress Reports, disponível em:

<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2010CountryProgressAllCountries.asp>

*** Fonte: INSIDA, 2009

Cooperação para a resposta a aids entre os países da CPLP

A epidemia de VIH/SIDA é um ponto comum de preocupação dentre todos estes países. Em decorrência desta preocupação, os países-membros já assinaram diversos acordos relacionados ao combate da epidemia.

Entre os acordos referente à resposta a aids estabelecidos no âmbito da CPLP, é importante destacar: A “Declaração de Lisboa”, acordada durante a VII Conferência dos Chefes de Estado e de Governo da CPLP em 2008, bem como a “Resolução sobre o Empenhamento da CPLP no Combate ao VIH/SIDA”, aprovada na mesma ocasião.

Todos os países participaram e continuam buscando alcançar as metas estabelecidas no âmbito da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS) que ocorreu em 2001 e que resultou na assinatura da Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA. Ademais, todos ratificaram seu compromisso de avançar rumo ao acesso universal ao assinarem a Declaração Política sobre o VIH/SIDA assinada quando da reunião de avaliação da UNGASS, conhecida como UNGASS+5, em junho de 2006.

O RIDES IST-SIDA (Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa em IST, VIH e SIDA) foi criado em março de 2010 como

mecanismo de colaboração política e técnica sobre VIH/SIDA entre os países da CPLP. Esta Rede promoverá repostas à epidemia de Aids mais fortalecidas por meio da cooperação técnica entre os países-membros e pela colaboração política.

A CPLP e o ONUSIDA

O ONUSIDA possui uma parceria com o Secretariado da CPLP e seus países-membros há um longo tempo. Esta parceria se formalizou em 17 de março de 2010, quando da assinatura do Memorando de Entendimento (MOU) entre o ONUSIDA e a CPLP para a realização de atividades de cooperação em VIH/SIDA. Este memorando decorre das prioridades do ONUSIDA em promover o apoio à cooperação técnica para e entre os países da CPLP.

Dentre algumas das áreas prioritárias de cooperação, estão:

- Promover os direitos humanos de pessoas vivendo com VIH e o *advocacy* contra a criminalização e leis punitivas;
- Incentivar e apoiar iniciativas de cooperação técnica horizontal entre os países da CPLP;
- Mobilizar e promover apoio técnico, político e financeiro para as redes e organizações da sociedade civil nos países de língua portuguesa, incluindo redes e organizações de pessoas vivendo e afetadas pelo VIH;
- Facilitar a participação de representantes de países de língua portuguesa em eventos regionais e internacionais;
- Divulgar informações científicas na área de SIDA e sobre cooperação em VIH/SIDA entre países de língua portuguesa.



**Breve descrição
da epidemia,
avanços registrados
e perspectiva futura
segundo país**

ANGOLA



1. Contexto Nacional

Angola é um dos maiores países multiculturais do continente Africano. Possui uma extensão geográfica de 1.240.700 Km² e, aproximadamente, uma população de 18.5 milhões de habitantes distribuídos por 18 províncias, 164 municípios e 536 comunas; 66% vivem em áreas urbanas e 44% em áreas rurais.

A população aumenta 3% anualmente (Fonte: Instituto Nacional de Estatística - INE). Em Luanda, capital de Angola, vive cerca de 20% da população do país (3 milhões de pessoas em 2004). A população deslocada pela guerra contribuiu para o crescimento urbano que atingiu valores superiores a 6% ao ano. Em Angola, dos 18.5 milhões de habitantes 55% são mulheres.

Angola faz fronteira a leste com o Oceano Atlântico, ao norte com a República do Congo e a República Democrática do Congo, ao nordeste com a República da Zâmbia e ao sul com a República da Namíbia, países com elevadas taxas de Seroprevalência de VIH.

Angola é um país com uma população maioritariamente jovem, com amplas zonas fronteiriças de movimentação intensa. Actualmente desenvolve-se um conjunto de medidas para o combate à pobreza, à fome e a redução das desigualdades sociais. Há um grande desafio na reconstrução das infraestruturas económicas, educativas e de saúde por um lado e, na reinserção social dos militares desmobilizados por outro.

Neste cenário e considerando as características socioeconómicas da população angolana, existe uma variedade de determinantes para expansão da epidemia, como por exemplo, os factores demográficos de população jovem e a existência de pouca aceitação do risco, além da alta movimentação transfronteiriça, com rápida urbanização e assentamentos humanos.

2. Situação Actual da Epidemia do VIH

Angola registou em 2007, uma Seroprevalência do VIH comparativamente mais baixa a observada nos restantes países da África Austral. Em 2009 a prevalência estimada foi de 1,9% observando-se uma discreta diminuição entre a população de 15-49 anos de idade, já que em 2007 foi de 2,1% nesta mesma população.

Tabela 1
Estimativa da Epidemia do VIH em Angola, 2009

Indicadores	Estimativas
Prevalência em adultos (15-49) anos	1,9 %
Pessoas Vivendo com VIH (15-49) anos	166.500
Crianças (0-14) anos com VIH	29.642
Mulheres vivendo com VIH	100.931
Mortes (adultos) 15-49 anos	9.259
Mortes em crianças (0-14 anos)	3.589
Órfãos de Sida (0-17)	16.656

Fonte: Estimativas com base no programa Spectrum 2010.

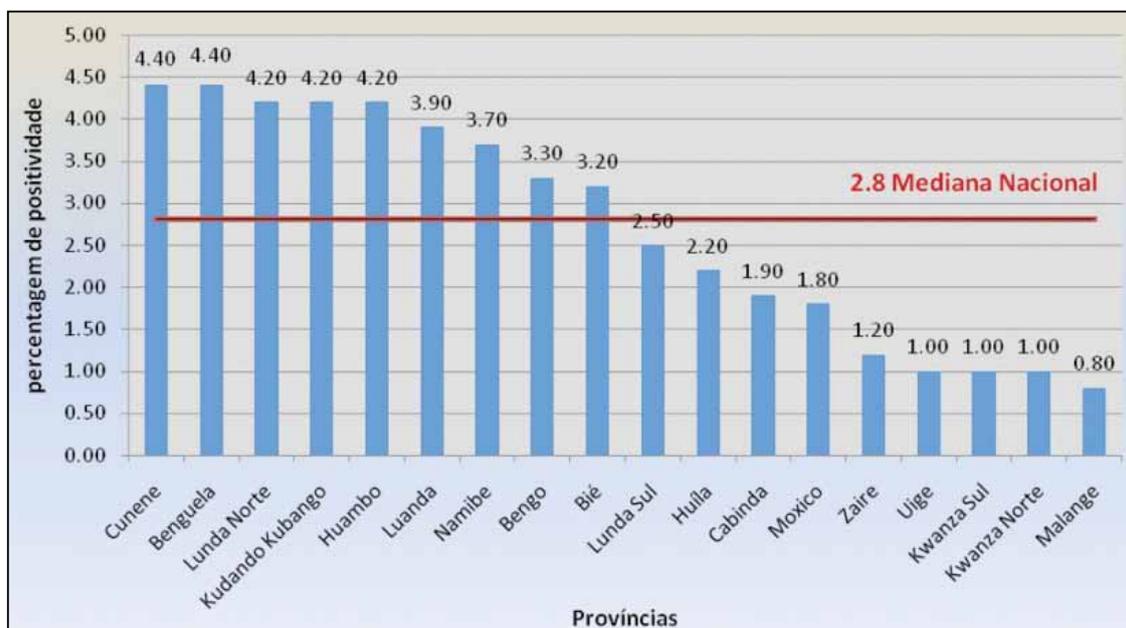
A epidemia de VIH em Angola classifica-se como generalizada onde mais de 1% das grávidas são positivas ao VIH. No estudo de Sero-prevalência realizado no ano 2009, 2,8% das grávidas estudadas foram positivas ao VIH.

O modo predominante de transmissão do VIH em Angola é por via sexual (Relações heterossexuais) segundo as informações que oferecem os sistemas de notificação que possui o INLS, também a proporção de mulheres infectadas pelo VIH é maior, não obstante, a tendência da relação mulher/ homem ser igual.

O Estudo de Sero-prevalência de 2009, realizada em 36 sítios (urbanos e rurais) mostra diferenças significativas entre as províncias do país (Gráfico 1). Note-se que as províncias com fronteiras ao Norte (Cabinda, Zaire) do país, apresentam prevalências mais baixas em relação com as províncias do Sul (Cunene e Kuando Kubango) e da zona leste (Lunda Norte e Lunda Sul). A província fronteiriça com mais baixa prevalência é Moxico com 1,8 %.

Gráfico 1

Resultados Preliminares da Prevalência por províncias, urbanos e rurais. Angola, 2009.



Fonte: Estudo de Sero-prevalência em grávidas, 2009

Na faixa etária entre 15 aos 24 anos a prevalência nacional encontrada foi 2,6% em 2007 e 1,7% em 2009 (Tabela 2). No último estudo de Seroprevalência efectuado (2009), foram posi-

tivas 485 grávidas de 15 a 49 anos de um total de 17.451 grávidas estudadas. A faixa etária dos 15 a 24 representa 34,2 % do total de grávidas positivas (176 amostras positivas).

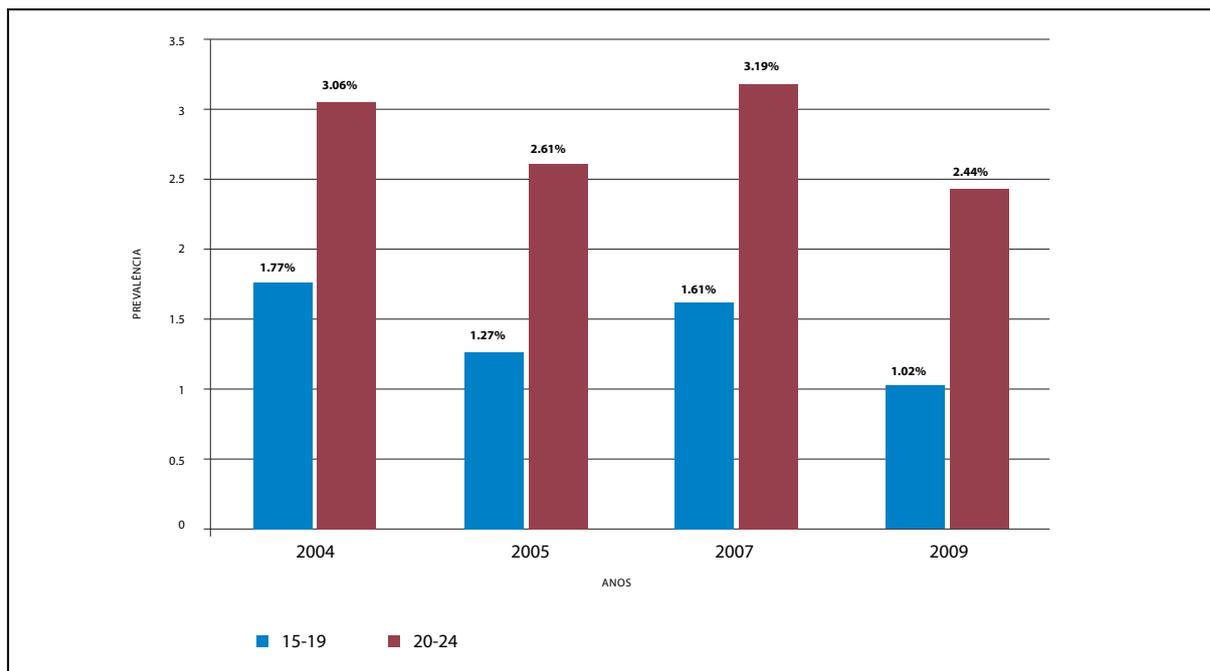
Tabela 2

Prevalência Mediana do VIH por faixa etária, 2004-2009, Angola

	2004*	2005*	2007**	2009**
	% (IQ)	% (IQ)	% (IQ)	% (IQ)
Nacional	2.4 (1.4 - 3.8)	2.6 (1.8 - 3.4)	2.6 (1.8 - 3.6)	2.8 (1.4 - 3.5)
Urbana	2.4 (1.4 - 3.8)	2.6 (1.8 - 3.4)	3.0 (1.8 - 3.9)	3.0 (1.9 - 4.0)
Rural			2.4 (1.8 - 3.4)	1.6 (1.0 - 2.6)
Faixa Etária 15-24				
Nacional	2.1 (1.3 - 3.5)	1.5 (1.1 - 2.2)	2.6 (1.5 - 3.3)	1.7 (0.9 - 2.3)
Urbana	2.1 (1.3 - 3.5)	1.5 (1.1 - 2.2)	2.4 (1.5 - 3.6)	1.8 (1.2 - 2.7)
Rural			2.0 (1.6 - 2.6)	1.2 (0.7 - 1.6)

Fonte: Estudo de Seroprevalência em grávidas, 2009

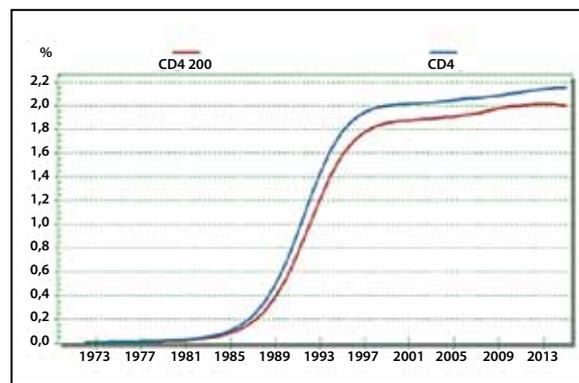
* Estudo Seroprevalência feitos em 25 sítios sentinela; ** Estudo Seroprevalência feitos em 36 sítios sentinela

Gráfico 2**Prevalência de VIH por faixa etária, 2004-2009, Angola**

Fonte: Estudo Nacional de Seroprevalência em grávidas, 2004-2009

O gráfico 3, mostra a comparação entre a prevalência de VIH em adultos de 15 a 49 anos de idade, com CD4 menos de 200 e com menos de 350. Observa-se o impacto a partir de 2008 quando se mudou o critério para o início de TARV.

Baseando-se em dados limitados, a prevalência da **co-infecção por VIH e TB** em Angola é relativamente baixa se comparada a de outros países da região SubSahariana, reflectindo uma menor prevalência da infecção por VIH na população geral: 30% dos doentes hospitalizados por TB (doentes graves) e 15% de doentes em

Gráfico 3**Estimativa da prevalência de VIH em adultos 15 a 49 com CD4 < 200 e CD4 < 350.**

Fonte: Estimativas EPP/Spectrum 2010

regime ambulatorio. Para efeito de comparação, em outros países da África Sub-Sahariana, estas taxas podem ser tão altas como 50% e 70%. O INLS realizou uma recolha de dados para a co-infecção em 5 províncias do país e em 5 unidades de Luanda no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2009, encontrando-se 784 co-infectados. Destes, 334 estavam em tratamento com tuberculostáticos e ARV, dos quais 35 eram menores de 15 anos e 299 maiores de 15 anos.

Conhecimento e comportamento sexual

No ano 2006, 23% dos inquiridos responderam correctamente como se transmite e como

se previne o VIH. Em 2009, observa-se um incremento de 23% das pessoas que conheciam as 5 formas de prevenção e transmissão do VIH, com 28,4% das respostas positivas. Os homens responderam maiormente 31,9% que as mulheres 25,3%. A faixa etária com maior percentagem de respostas positivas foi a dos 20 a 24 anos de idade. Os resultados indicam que o conhecimento das cinco formas de prevenção ainda esta baixo entre a população alvo e que o programa terá que avaliar as razões e identificar estratégias para melhorar os mecanismos de transmitir a informação (Tabela 3).

Em 2006, o INLS realizou um estudo comportamental com mulheres trabalha-

Tabela 3

Percentagem de jovens 15-24 que conhece os cinco modos de prevenção por sexo e faixa etária.

Método de Medição	Todos	Homens			Mulheres		
		Todos	15-19	20-24	Todas	15-19	20-24
Numerador: Número de respondentes de 15-24 que responderam correctamente as 5 perguntas sobre prevenção	3.007	1611	761	850	1.396	743	653
Denominador: Número de todos os respondentes de 15-24	10.641	5.076	2.896	2.180	5.565	3.108	2.457
Valor do Indicador	28,4%	31,9%	26,3%	39,0%	25,3%	23,9%	26,6%

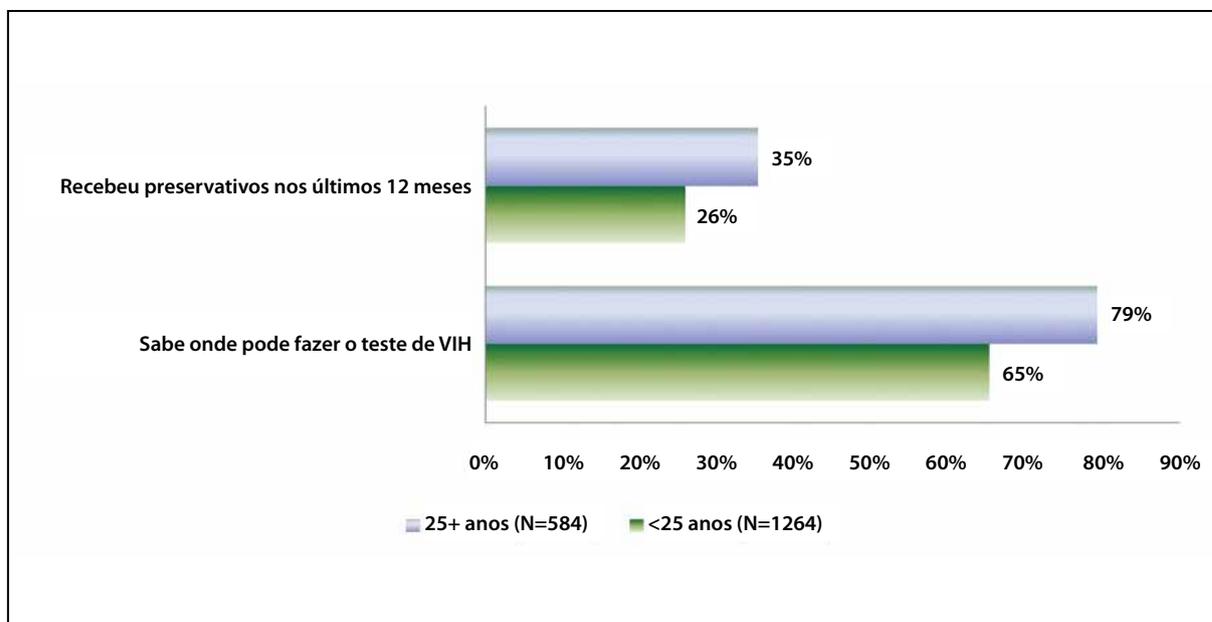
doras de sexo nas províncias de Luanda e Cabinda que demonstrou o conhecimento dos modos de prevenção do VIH em 42,6%. Porém, para o seguimento da comparação destes resultados, foram usados resultados do estudo de 2006 do INLS e os resultados do estudo realizado pela PSI em 2008 em 6 províncias mas com apenas Luanda e Cabinda cujo resultado foi 43,5%. O demonstrou pouca diferença no número de trabalhadoras de sexo que fazem o teste de VIH.

No estudo realizado pela PSI em seis províncias em 2008 encontrou-se um total de 23% das

mulheres trabalhadoras de sexo que conheciam as formas de prevenir o VIH. Porém para poder analisar e comparar os dados de 2006 e 2008, utilizaram-se só as duas províncias comuns (Luanda e Cabinda) obtendo assim uma percentagem de 33,5%. Os resultados demonstram um aumento no número de trabalhadoras de sexo que conhecem as formas de prevenir o vírus. Os resultados também demonstraram que a maioria das trabalhadoras de sexo sabe onde fazer o teste do VIH mais cerca da metade responderam não terem recebido preservativos nos últimos 12 meses (Gráfico 4).

Gráfico 4

Percentagem da população mais vulneráveis (trabalhadoras do sexo) que respondeu “sim” a pelo menos duas perguntas sobre a prevenção do VIH por faixa etária, Angola, 2008.



3. Resposta Nacional

As actividades desenvolvidas para fornecer acções de prevenção do VIH, tratamento, apoio e cuidado as pessoas infectadas pelo VIH e SIDA em Angola durante o biénio 2008 e 2009 foram financiadas principalmente pelo Orçamento Geral do Estado (O.G.E.), 65%, o Fundo Global, 30% e outros parceiros em pequena escala, 5% nomeadamente o Banco Mundial e Agências das Nações Unidas (Gráfico 5).

Em 2008, nota-se que num total de 29,4 Milhões USD gastos, a contribuição do Governo de Angola representou o 73,83%. Em 2009, as despesas dos parceiros totalizaram 8,856 Milhões USD e as áreas de concentração de

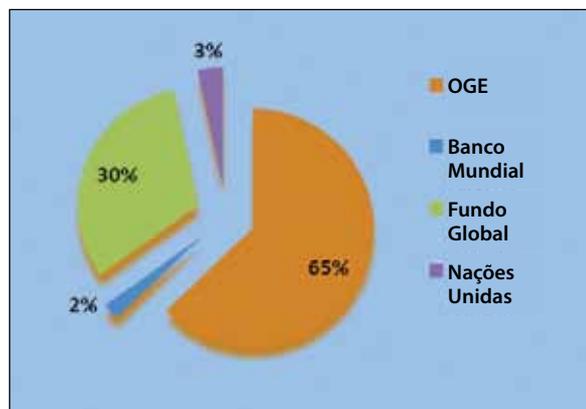
recursos continuam as mesmas embora com melhoria significativa na Prevenção e Recursos Humanos. As despesas totais acumuladas (2008 e 2009) dos parceiros foram de 16,543 Milhões USD seja 31,31% do total geral disponibilizado a nível interno e externo (54,506 Milhões USD). As informações desagregadas na tabela 4 mostram a concentração dos recursos disponibilizados pelos parceiros nos seguintes componentes: Tratamento 47,50%, Prevenção 24,54%, Administração e Gestão 12,88% e Recursos Humanos 10,97% .

Houve uma maior consolidação do **Plano Estratégico 2006-2010** com ênfase para a implementação dos componentes de PTV, ATV e TARV. Vários ministérios e empresas públicas e privadas tem um plano estratégico orçamentado para as actividades junto dos seus trabalhadores e famílias , contribuindo assim para a expansão das acções previstas no PEN.

A **melhoria da componente de vigilância epidemiológica** permitiu melhorar o sistema de planificação, principalmente a nível provincial, bem como assegurar a inserção da expansão das actividades no plano de desenvolvimento do Ministério da Saúde que inclui o fortalecimento do sistema de saúde, recursos humanos, infraestruturas e sistema logístico.

Gráfico 5

Gastos de VIH e SIDA por fontes de financiamento 2009



Fonte: Registos Financeiros de INLS

Verificou-se um **maior envolvimento e comprometimento político** aos vários níveis de parceria (sociedade civil, PVVIH, empresas, igrejas, etc.), sector público e privado, como resultado da melhoria da coordenação e do apoio técnico e financeiro do INLS a sociedade civil e sector público e privado. Aumentou significativamente o número de ONGs que participam na luta contra a SIDA e da qualidade das suas intervenções.

Os **serviços de ATV foram expandidos** para além das capitais provinciais de 154 em 2007, para 233 em 2009 em unidades fixas e móveis. A integração do PTV nos centros de saúde da rede estatal e inclusão da testagem para o VIH nas clínicas com serviços de pré-natal, permitiu a expansão das actividades de PTV: o número de unidades prestadoras de serviços de PTV aumentou de 57 em 2007 para 174 em 2009. O número de gestantes

Tabela 4

Gastos com VIH e SIDA por componentes e fonte 2008-2009 (U.M.1000 USD), Angola.

COMPONENTE	OGE*		HAMSET (Banco Mundial)		FUNDO GLOBAL		NAÇÕES UNIDAS		TOTAL		%	%
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Prevenção	8723	5164	622	90	1253	2008	86	ND	10684	7262	36,15	29,11
Tratamento	9100	4782	116	ND	3888	3854	ND	ND	13104	8636	44,34	34,61
*OCV	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Admº e Gestão	3949	6006	ND	ND	1001	1129	ND	ND	4950	7135	16,75	28,60
Rec Humanos e incentivos	96	48	ND	202	559	671	50	334	705	1255	2,39	5,03
Apoio Comunitário	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	65	ND	0,22	ND
Investigação (estudo serop.)	ND	95	ND	ND	47	420	ND	148	47	663	0,16	2,66
TOTAL	21868	16095	803	292	6748	8082	136	482	29555	24951	100,0	100,0

Fonte: Registos Financeiros do INLS

testadas em 2009 aumentou em 51,6% comparativamente a 2007, demonstrando um enorme avanço da implementação de acções programáticas de VIH. Todos esses serviços encontram-se actualmente disponíveis nas 18 províncias do país. Mobilização das forças armadas angolanas na prevenção ao VIH, que envolve um conjunto de medidas que tornaram as Forças Armadas Angolanas (FAA) uma das únicas no mundo com um programa completo de prevenção estabelecido em todo o país.

O número de **pessoas vivendo com VIH (PVVIH) em acompanhamento** tem vindo a aumentar, fruto da expansão de unidades sanitárias que oferecem estes serviços e consequentemente da melhoria do acesso e disponibilidade aos mesmos. O número

de adultos e crianças com infecção pelo VIH avançada que actualmente recebe gratuitamente terapia antiretroviral passou de 7.884 em 2007 para 8.668 em 2009. A percentagem das mulheres grávidas que em TARV passou de 6 % em 2007 para 12% em 2009, com sucesso na prevenção da transmissão vertical do VIH.

Melhoria do apoio laboratorial: As provas de carga viral são feitas nas 18 províncias do país e foi aberto um novo laboratório de biologia molecular no INLS. Existem vários de Grupos de Adesão e Ajuda Mútua principalmente a nível das capitais provinciais: Luanda: nos Municípios da Samba, Rangel, Cazenga e K.K (Hospital Esperança, UBA, LPV, AAS, Mwenho, Acção Humana), Benguela (ALPS), Huíla (ASPALSIDA), Cunene (ANEA,

Tabela 5

Número de serviços e pessoas atendidas através dos serviços de AT por ano de 2007-2009, Angola.

Ano de implantação	No. de serviços de AT	No. de pessoas atendidas/testadas
2007	98	161.349
2008	86	277.377
2009	246	373580
Total	508	812.306

Fonte: Registos Financeiros somente do INLS

ETUNGAFANO). A integração dos mecanismos de protecção social as Crianças Órfãs e Vulneráveis ao VIH na política nacional foi uma conquista neste período.

Desde 2007, a área de **M&A apresenta melhorias consideráveis**. Maior atenção para a componente, com vista a documentar os indicadores que permitem medir as acções do programa nacional, produtos disponibilizados e benefícios causados pelo programa junto da população. O Sistema de Monitoria e Avaliação da Resposta Nacional é composto por 53 indicadores, sendo cinco indicadores de impacto, 14 de resultado e 20 de insumos cujo objectivo é acompanhar as intervenções e acções previstas no Plano Estratégico Nacional para o Controlo das ITS, VIH e SIDA 2007 – 2010.

Toda a informação epidemiológica e financeira é semestralmente publicada no boletim oficial para divulgação dos dados junto dos parceiros. Notória **melhoria no sistema de notificação e reporte das províncias** para o INLS, resultado do aumento em quantidade e qualidade dos técnicos adstritos as áreas a nível central e provincial. Realização de inquéritos CAP, de incidência do VIH e para monitorar a resistência primária do VIH aos antiretrovirais. Elaboração do protocolo para conduzir metodologicamente os estudos de **Vigilância Sentinela** no período de 2009 até 2013, com base nas recomendações da OMS e ONUSIDA.

A **Política Nacional de Transfusão de Sangue** em Angola, é parte da política nacional de saúde e tem como objectivo geral assegurar o acesso ao sangue seguro a todos doentes que o precisarem. Segundo as normas internacionais, Angola precisa de 20 doações por 1000 habitantes por ano. Isto significa que o país (18.5 milhões) precisa de 280.000 unidades de sangue por ano, para satisfazer as suas necessidades. Segundo os dados do Centro Nacional de Sangue (sector público)⁴ em 2008, o país recolheu e testou 67.625 unidades de sangue e em 2009 testou 67.291 para todas as infecções. Isto significa que o país suporta apenas 24% das necessidades previstas.

Com o objectivo de dinamizar os serviços prestados e melhorar o prognóstico, a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo VIH e o estilo de vida das populações, o Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA (INLS), tem **expandido o Programa de Aconselhamento e Testagem (AT)** em todo o país, incluindo as comunas.

Os serviços de AT começaram em Angola com oito sítios em 2003, a partir deste ano começou uma expansão destes serviços nas 18 províncias do país o que permitiu aumentar em cada ano o número de pessoas atendidas. Na tabela 5, descrevemos o número de serviços criados a partir de 2007 e o seu impacto na acessibilidade aos serviços o que se

reflecte no crescimento dos utentes por ano. Os serviços que oferecem AT incluem: Adultos, PTV, pediatria, AT Geral e Clínicas Moveis (dados das clínicas privadas ainda não foram incluídos nos relatórios do INLS) em 2009. De 2007 e 2008, o número de pessoas atendidas nos sítios aumentou em 96% e o número de sítios de AT em 65%.

A tabela 6 mostra a diferença entre as pessoas que conhecem um lugar para fazer o teste de VIH, 76,6% e os que actualmente fizeram o teste nos últimos 12 meses, 14,5%. O mesmo

acontece quer em área urbanas quer em áreas rurais, assim como entre homens e mulheres.

Em 2004 os primeiros **serviços de PTV** foram implantados em três unidades de saúde como projecto piloto na capital do país. Posteriormente, em 2005-2006 iniciou-se a extensão às 18 capitais provinciais. A partir de 2007 com propósito de expandir estes serviços as unidades abrangendo um maior número de consultas pré-natais adoptou-se a estratégia de integrar o programa de PTV no programas de Saúde Reprodutiva permitindo maior acesso

Tabela 6

População com 15-49 anos de idade que conhece lugar para fazer o teste do VIH, fez o teste nos últimos 12 meses e recebeu o resultado por área de residência, sexo e faixa etária, Angola, 2009.

		Conhece um lugar para fazer o teste*	Fez o teste nos últimos 12 meses	Fez o teste nos últimos 12 meses e recebeu o resultado	Número de pessoas com 15-49 anos
Área de residência	Urbano	76,6	14,5	13,8	13.745
	Rural	24,0	3,5	3,1	9.906
Sexo	Homens	57,5	6,8	6,4	11.031
	Mulheres	52,0	12,6	11,9	12.620
Idade	15-19 anos	44,5	4,6	4,2	6.004
	20-24 anos	62,8	11,0	10,2	4.636
	25-49 anos	56,3	12,0	11,5	13.010
Valor do Indicador		54,6	9,9	9,4	23.651

a grávidas ao diagnóstico e tratamento. Neste momento foram implantados serviços de PTV em 111 Municípios dos 164 Municípios existentes, prevendo-se uma cobertura a 100 % em 2010. No momento, tem 184 unidades com serviços de PTV, com perspectiva de atingir as 275 no final do ano de 2010 (Gráfico 6).

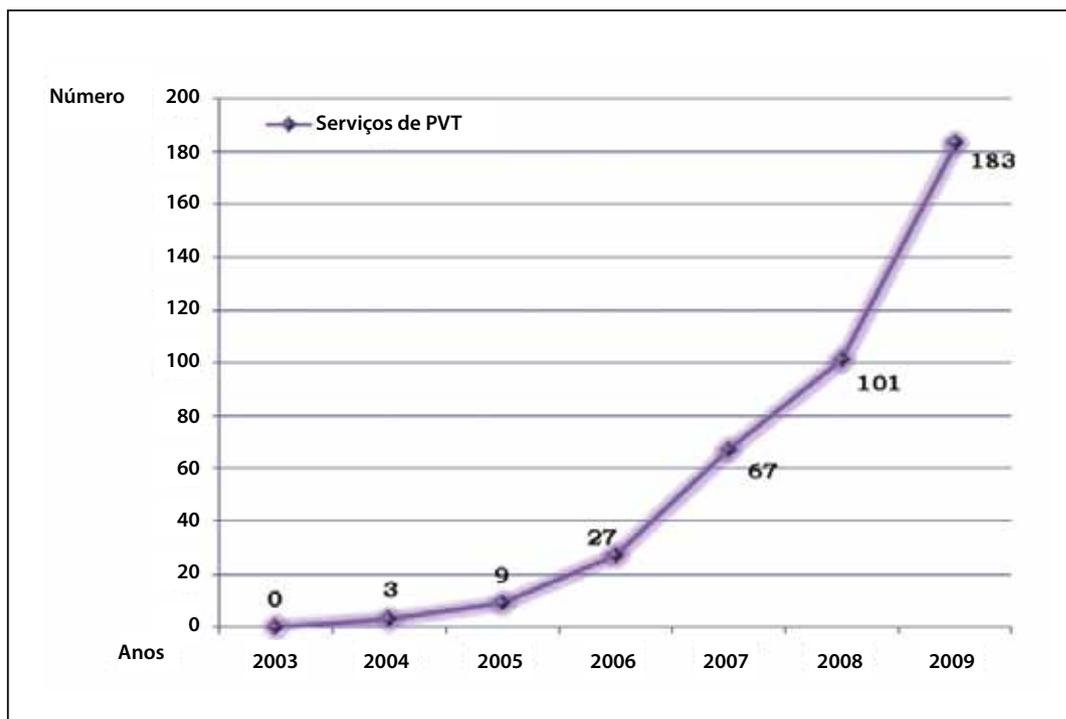
De 2004 a 2009 foram testadas um total de 537.340 gestantes. Nos últimos três anos o número de mulheres grávidas testadas tem aumentado de 98.539 em 2007 para 203.463 em 2009, havendo um aumento de 51,6%.

Consequentemente aumentou a percentagem de grávidas que receberam profilaxia para o PTV de 7,4% em 2007 para 13,9% e 16,3% em 2008 e 2009 respectivamente (Tabela 7).

A estratégia de prevenção da transmissão vertical do VIH permite reduzir a transmissão da infecção em crianças expostas para menos de 5%. Em 2009, observa-se uma redução na percentagem de crianças infectadas nascidas de mães seropositivas para o VIH, sendo de 2,7% em 2009 (Tabela 8), comparado a 3,3% de 2004 e 2007). O Programa de PTV, considerando a co-

Gráfico 6

Serviços de PTV criados por anos, 2003-2009, Angola.



Fonte: INLS, Estatísticas do Programa

bertura, mostra que tem alcançado mães positivas e tido o maior impacto na prevenção do VIH.

O número de sítios que oferecem **tratamento antiretroviral** aumentou de nove no ano 2004 para 494 em 2009, distribuídos por 251 unidades de saúde fixas e móveis (do

sistema nacional de saúde), e 77 móveis em 111 municípios (67,7%) dos 164 municípios do país, estimando-se uma cobertura populacional de aproximadamente 80%.

Desde 2004 até Dezembro de 2009, registaram-se um total de 57.045 (52.053 adultos,

Tabela 7

Percentagem de grávidas VIH positivas que receberam fármacos antiretrovíricos para reduzir o risco de transmissão materno infantil, Angola, 2008 e 2009.

Método de Medição	Anos	
	2008	2009
Numerador: Número de grávidas infectadas pelo VIH que recebe medicamentos antiretrovíricos durante os últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão materno-infantil	2.562	3.053
Denominador: Número estimado de grávidas infectadas pelo VIH em os últimos 12 meses	18.438	18.756
Valor do Indicador (%)	13,9	16,3

Fonte: INLS, Estatísticas dos Serviços de PTV

Tabela 8

Percentagem de lactantes infectados pelo VIH que nasceram de mães infectadas, Angola, 2009.

Método de Medição	Ano
	2009
Numerador: Número estimado de lactantes infectados pelo VIH nascidos das mães positivas	5.275
Denominador: Média ponderada das probabilidades de transmissão materno infantil nas grávidas que recebem profilaxia para o VIH	192.303
Valor de Indicador (%)	2,7

Fonte: Estimções do Spectrum, 2009

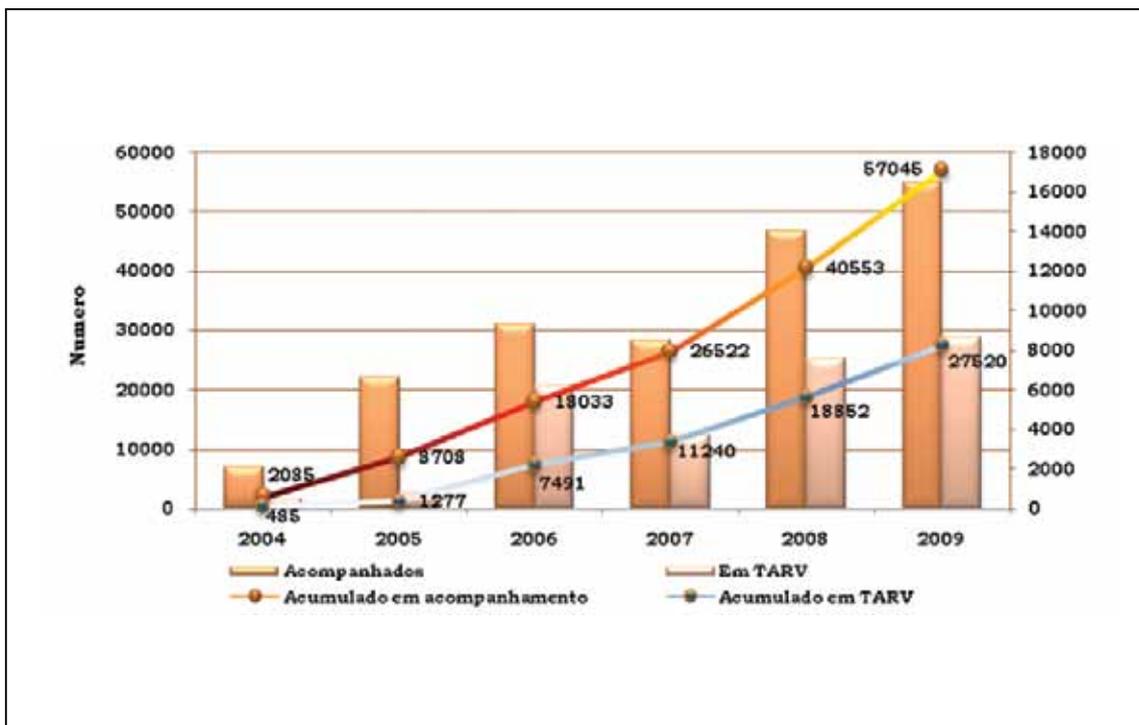
4992 crianças) PVVIH e SIDA em acompanhamento dos quais 27.520 (adulto 25.456, crianças 2.064) iniciaram TARV (Gráfico 7).

Apesar do aumento sustentado do número de serviços e pessoas que aderem ao acompanhamento e tratamento antiretroviral em todos os anos, ainda não foram atingidas a maioria das pessoas com necessidade desta terapia (Tabela 9). As causas deste comportamento são entre outras, a fraca adesão da população aos serviços de diagnóstico e tratamento.

Na tabela 10 descreve a percentagem de pacientes que continuam em TARV após 12 meses de terem iniciado, sendo maior a sobrevivência entre as mulheres estudadas e maior percentagem em menores e maiores de 15 anos. O total obtido nesta coorte estudada foi de 61,1% de sobrevivência. Com a expansão de serviços de TARV nos últimos anos e a troca de critério de CD4 em 2008 mencionados anteriormente, pode-se observar um impacto na sobrevivência dos pacientes. Não obstante, este é a primeira vez que

Gráfico 7

Número e acumulado de adultos e crianças em TARV e acompanhamento por ano, Angola, 2004-2009.



Fonte: INLS, Estatísticas dos Serviços de PTV

Tabela 9

Percentagem de adultos e crianças com infecção pelo VIH avançada que receberam terapia antiretroviral em 2008 e 2009.

Método de Medição	Anos	
	2008	2009
Numerador: Número de adultos e crianças com infecção pelo VIH avançada que actualmente recebem terapia antiretroviral de combinação.	14.139	20.640
Denominador: Número estimado de adultos e crianças com infecção pelo VIH avançada.	75.861	84.250
Valor do Indicador (%)	18,6	24,5

Fonte: Estatísticas de TARV do Programa Nacional.

Tabela 10

Sobrevivência depois de 12 meses do início da terapia antiretroviral.

Método de Medição	Anos	Sexo		Idade	
	2009	Homens	Mulheres	<15	>15
Numerador: Número de adultos e crianças que continuam vivos e em terapia antiretroviral após 12 meses do início do tratamento.	2.753	843	1910	129	2.624
Denominador: Total de adultos e crianças que iniciaram terapia antiretroviral em algum momento nos 12 meses anteriores ao início do período de informação.	4.491	1428	3063	176	4.314
Valor do Indicador (%)	61,1	59,0	62,4	73,3	60,8

Fonte: Estudo Coorte, INLS 2008-2009

o país descreve este indicador e não sendo por isso possível no momento fazer comparações.

Em Angola os esforços na prevenção são maioritariamente focados nas actividades de AT, PTV e informação, educação e comunicação nos serviços de saúde e ao nível comunitário referenciados na Estratégia Nacional de Comunicação para VIH.

O tema VIH e SIDA está a ser integrado em várias disciplinas do novo currículo e nos livros escolares.

Em 2001 foi lançada a iniciativa com objectivo de reforçar o sistema de educação para o Combate ao VIH e SIDA. Os principais focos deste programa foram:

- a) assegurar que o VIH e SIDA fossem parte integrante da reforma do sistema de ensino;
- b) reforçar as instituições nacionais;
- c) desenvolver metodologias específicas para a prevenção do VIH nas escolas;
- d) reforçar os laços com as redes comunitárias incluindo as ONG's;
- e) levar a cabo estudos para uma tomada de decisão mais informada.

4. Boas Práticas

- A liderança política a nível nacional no combate ao VIH em Angola é no mais alto nível, demonstrando o claro engajamento do governo e reflectido nas prioridades da agenda da política nacional.
- O Chefe de Governo e outros membros Executivos em especial o Vice Presidente da República, em várias ocasiões exaltaram publicamente a importância do combate ao VIH integrado na estratégia de redução da pobreza e na melhoria da qualidade e perspectiva da vida das pessoas vivendo com VIH/SIDA.
- A grande maioria das ONG's nacionais encontram-se organizadas em redes (a Rede Angolana de Organizações de Serviços de SIDA (ANASO), rede de pessoas vivendo com VIH e SIDA), cujas intervenções são de advocacia, prevenção primária ajuda/apoio as PVS, adesão ao tratamento e a defesa dos direitos humanos dos afectados e infectados. Este trabalho é coordenado com INLS.
- Existe um comité empresarial que envolve empresas nacionais e internacionais e que contam com programas direccionados as acções de prevenção primária, tratamento e apoio as PVS.
- Existe um grupo técnico nacional que envolve autoridades, técnicos do INLS, o Programa Nacional de Controle da TB e a

ONUSIDA, para monitorar e avaliar a co-infecção HIV/TB em Angola.

- A lei de emprego, que aborda as questões relacionadas com VIH/SIDA, protege o trabalhador e proíbe expressamente a despitagem do VIH no quadro geral do emprego.
- A questão dos direitos humanos relacionados com o VIH/SIDA é debatida e existe um mecanismo apropriado para sua defesa. Existem ONG's direccionadas para esta temática seguindo a abordagem recomendada pela ONUSIDA para questões relacionadas com direitos humanos. Por outro lado, existem pontos focais no Ministério da Saúde e MAPESS para atender as infracções relacionadas com VIH.
- Os Ministérios de Educação, MINARS, MAPESS e Interior contam na actualidade com programas de LCS para os seus trabalhadores.
- As agências das Nações Unidas contam com um grupo temático de VIH, para coordenar a sinergia e harmonização das suas actividades e apoiar na implementação de políticas sobre VIH/SIDA e mobilização de recursos.
- No âmbito do FG foi criado um Mecanismo de Coordenação Nacional (MCN) que se reúne periodicamente para debater o desenvolvimento das acções de combate a SIDA/ Malária e TB. Este órgão integra membros do governo, das ONG's nacionais e internacionais, representantes de pessoas vivendo com VIH, sector empresarial público e privado e das Nações Unidas.

5. Desafios

Desafios 2007	2009
Coordenação Multi-sectoral	
Organizar e coordenar com os diferentes sectores (públicos, privados e da sociedade civil) o compromisso do Governo, alcançando o consenso, harmonia e sinergia nas políticas e estratégias a seguir no país para a LCS.	Foram elaborados planos setoriais para responder ao desafio de 2007, mas por falta de recursos financeiros muitas actividades não foram implementadas.
Monitorar a elaboração e disposição de Planos de Ação multisectorial que incluíam estratégias de financiamento, em sinergia e harmonizados com o PEN com objecto de reduzir a duplicidade de intervenções e perda de recursos, tomando em conta o reconhecimento dos diferentes mandatos, competências e responsabilizações da organização ou	Foi elaborado um plano sectoral para responder ao desafio de 2007, mas por falta de recursos financeiros muitas actividades não foram implementadas.
Reforçar as parcerias com a sociedade civil	
Recursos Humanos e Capacidade	
Potencializar as capacidades dos órgãos provinciais da responsabilidade nacional para o âmbito municipal, mantendo o princípio dos "Três uns"	A nível municipal os recursos humanos continuam sendo insuficientes e poucos habilitados para gestão programática, monitoria e avaliação de projectos.
Intercambio de informação entre todos os parceiros, contribuindo no reforço das capacidades do colectivo para a implementação das estratégias de luta contra a SIDA.	Ainda e notável a falta de intercambio de informação entre os sectores publicos e privados e outros parceiros.
Recursos financeiros	
Contribuir na descentralização, estabelecimento de alianças e alocação de recursos que permitam facilitar, avaliar ou modificar a execução de actividades nos diferentes níveis: região, municípios e comunas.	Obviamente Angola também ressentiu os efeitos negativos da crise económica mundial nos últimos dos anos, afectado assim a implementação dos programas.
Infraestrutura e Expansão dos Serviços	
Expandir o acesso a serviços de aconselhamento e testagem voluntaria a todo o país, incluindo acções que fortalecem a resposta nacional.	A expansão dos serviços da AT foi o maior logro e planos para continuar a expansão estão contemplados.
Expandir os programas de corte da transmissão vertical e a políticas de sangue seguro a todo o território nacional.	A expansão do programa de PTV continua e planes para começar a avaliar a sangue com esquema de qualidade iniciara neste ano.
Apoio Comunitário	
Expandir o acesso ao apoio integral para pessoas vivendo com HIV e SIDA, incluindo o acesso a terapia ARV e apoio psico-social.	Acesso a terapia e apoio as pessoas continua a crescer e planos para seguir com a expansão do programa de tratamento continuam.
Monitoramento e Avaliação	
Reforçar a vigilância epidemiológica e sentinela	As actividades de vigilância epidemiológica e sentinela recebem apoio nos últimos anos, mas ainda falta reforçar o sistema através de formação de recursos humanos, estabelecer sistemas para a gestão de dados ao nível central e provincial e expandir o novos registos nas províncias.
Reforçar e expandir o sistema de monitoramento e avaliação nacional que permita dispor de informação atempada sobre o andamento da epidemia e sobre os impactos das acções implementadas para facilitar os processos de planificação e tomada de decisões.	Ver acima.

BRASIL



1. Contexto Nacional

O Brasil é uma república federativa, formada por 26 estados e por um distrito federal, divididos em 5.565 municípios. Com 8.511.925 quilômetros quadrados de área, equivalente a 47% do território sul-americano, é a quinta maior área territorial do planeta e o quinto maior contingente populacional do mundo. Actualmente representa a nona maior economia do planeta e, a oitava maior em PIB nominal (2009) e a maior economia latino-americana. A população do Brasil, conforme Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 foi de aproximadamente 190 milhões de habitantes, sendo 22,31 habitantes por quilómetro quadrado e, 83,75% da população definida como urbana. A população está fortemente concentrada nas regiões Sudeste (79,8 milhões de habitantes) e Nordeste (53,5 milhões de habitantes), enquanto as duas regiões mais extensas, o Centro-Oeste e o Norte, que formam 64,12% do território brasileiro, contam com um total de apenas 29,1 milhões de habitantes.

Segundo a PNAD de 2008, 48,43% da população (cerca de 92 milhões) descreveu-se como brancos; 43,80% (cerca de 83 milhões) como pardos; 6,84% (cerca de 13 milhões) como negros; 0,58% (cerca de 1,1 milhões) como asiáticos e 0,28% (cerca de 536 mil) como indígenas, enquanto 0,07% (cerca de 130 mil) não declararam sua raça.

Em 2008, a taxa de analfabetismo era de 11,48%, e entre os jovens (15 a 19 anos) de 1,74%.

Com relação à saúde, O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal, tornou o acesso à saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e económicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às acções e serviços para sua promoção, protecção e recuperação. Os princípios básicos do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade. O SUS se organiza de forma descentralizada, com as acções articuladas entre as três esferas da Federação: União, Estados e Municípios.

2. Situação Atual da Epidemia do VIH

No Brasil, estima-se que cerca de 630 mil indivíduos de 15 a 49 estão infectados pelo VIH/SIDA. Segundo parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a epidemia de SIDA é concentrada, ou seja, apresenta taxa de prevalência da infecção pelo VIH menor que 1% na população em geral e maior que 5% em subgrupos populacionais de risco acrescido para infecção pelo

VIH (Homens que fazem Sexo com Homens, Usuários de Drogas e Profissionais do Sexo Feminino). A taxa de prevalência da infecção pelo VIH, na população de 15 a 49 anos mantém-se estável em aproximadamente 0,61% desde 2004, sendo 0,41% entre as mulheres e 0,82% entre os homensⁱ. Entre os jovens do sexo masculino entre 17 e 20 anos, a taxa de prevalência do VIH foi estimada, em 2007, em 0,12%, apresentando ligeiro aumento quando comparado com a estimativa de 2002 (0,09%), embora não estatisticamente significativo^{ii,iii}. Entre mulheres jovens de 15 a 24 anos, a taxa estimada em 2006 foi semelhante à encontrada em 2004, em torno de 0,28%¹.

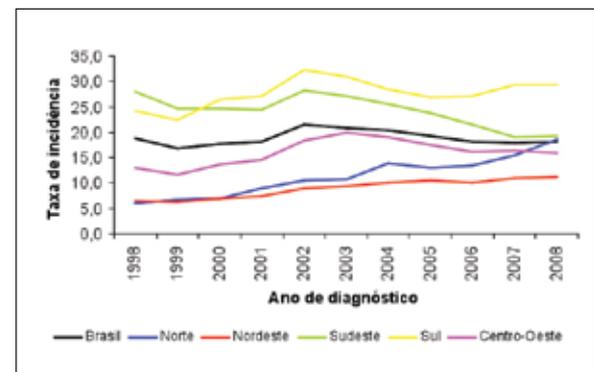
Em relação aos subgrupos populacionais de risco acrescido, estudos realizados em 10 municípios brasileiros (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande e Brasília), entre 2008 e 2009, estimaram taxas de prevalências de VIH de 5,9% entre usuários de drogas ilícitas^{iv}, de 12,6% entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH)^v e de 5,1% entre mulheres profissionais do sexo^{vi}.

Com relação aos casos de SIDA, de 1980 até Junho de 2009, foram identificados 544.846 casos. Em média, são identificados 35 mil novos casos por ano. A taxa de incidência de SIDA vem apresentando tendên-

cia à estabilização, em patamares elevados nos últimos anos e, em 2008, atingiu 18,2 por 100.000 habitantes. Existem, entretanto, grandes diferenças regionais, com declínio da taxa de incidência nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, no período de 2000 a 2008, e aumento nas regiões Norte, Nordeste e Sul (Gráfico 1). A Região Sudeste ainda concentra o maior percentual de casos identificados no país com 59,3%; a região Sul, 19,2%; a Nordeste, 11,9%; a Centro-Oeste, 5,7%; e, a Norte, 3,9%.

Gráfico 1

Taxa de incidência de SIDA⁽¹⁾ (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br> no menu informações em saúde > Demográfica e socioeconômicas, acessado em 20/10/2009.

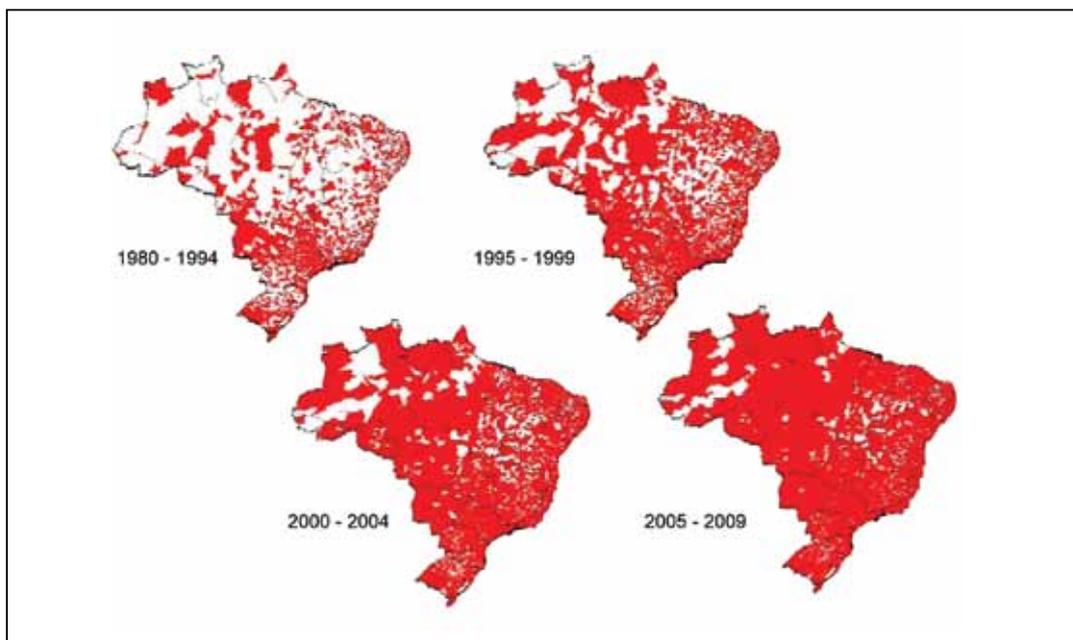
NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLONM até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

O número de municípios brasileiros com pelo menos um caso de SIDA cresce ao longo dos anos (Figura 1), e passou de 57,5% em 1998 para 87% em 2008. Apesar de aproximadamente 90% dos municípios brasileiros terem menos de 50 mil habitantes (4.981 municípios), eles concentram apenas 34% da população e 11% do total de casos de SIDA identificados no país. Por outro lado, os 0,7% dos municípios com mais de 500.000 habitantes concentram quase 30% da população e 51,5% dos casos de SIDA.

A análise de casos de SIDA por sexo mostra que, entre homens, a taxa de incidência em 2008 foi de 22,3 casos por 100.000 habitantes. Entre as mulheres, a taxa foi de 14,2 casos por 100.000 habitantes. Tanto entre homens, quanto entre mulheres, as maiores taxas de incidência encontram-se na faixa etária de 25 a 49 anos e observa-se uma tendência de crescimento nos últimos dez anos, a partir de 40 anos de idade. A razão de sexo (M:F) no Brasil diminuiu consideravelmente

Figura 1

Municípios com pelo menos um caso de SIDA por período de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2009.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

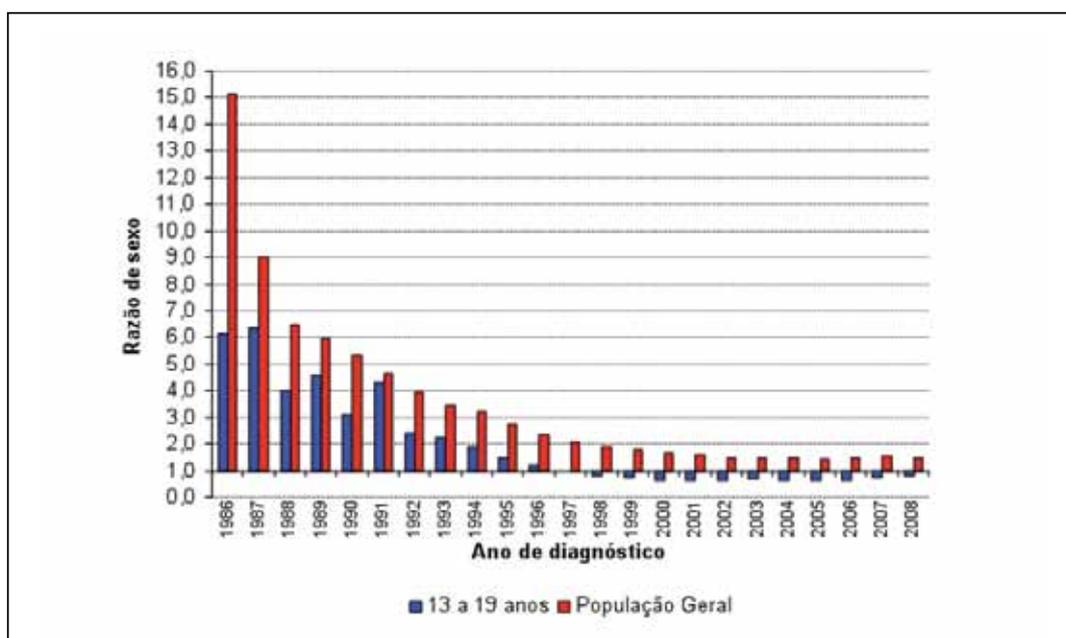
do início da epidemia para os dias actuais: em 1986, a razão era de 15,1:1 e, a partir de 2002, a razão de sexo estabilizou-se em 1,5:1. Na faixa etária de 13 a 19 anos o número de casos de SIDA é maior entre as meninas e essa inversão é observada desde 1998, com 0,8:1 (Gráfico 2).

Apesar do crescimento importante observado no número de casos entre as mulheres, nos últimos anos, estudo recente mostra que os HSH e usuários de drogas injectáveis (UDI)

masculinos continuam apresentando risco maior do que na população em geral, com taxas de incidência em torno de 15 vezes maiores do que os heterossexuais^{vii}. A análise por categoria de exposição demonstra que, a categoria de exposição sexual, em 1998, era responsável por 91,3% dos casos e, em 2008, esse percentual subiu para 97%. Entre indivíduos adultos do sexo masculino houve aumento na proporção de casos de SIDA entre heterossexuais, passando de 30,3%, em 1998,

Gráfico 2

Razão de sexo (M:F) dos casos de SIDA⁽¹⁾ segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1986 a 2008.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais

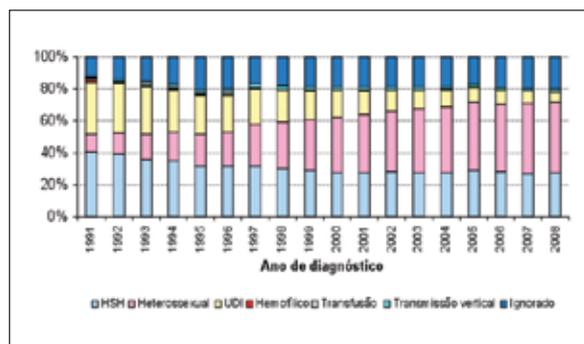
NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

para 45,2%, em 2008 (Gráfico 5). Observa-se uma tendência de estabilização na proporção de casos de SIDA entre HSH a partir do ano 2000. No entanto, na faixa de 13 a 24 anos verifica-se aumento na proporção de casos de SIDA nesse grupo populacional, passando de 35%, em 2000, para 42,7%, em 2008 (Gráficos 3 e 4). Na categoria de exposição sanguínea verifica-se uma acentuada queda na proporção de casos de SIDA entre usuários de drogas injectáveis (UDI). A proporção de casos caiu de 16,3%, em 1998, para 4,9%, em 2008.

Em fase anterior à introdução da Terapia Antirretroviral (TARV), no Brasil, a taxa de transmissão vertical do VIH foi estimada em 16%, em estudo realizado no estado de São Paulo^{viii}.

Gráfico 3

Distribuição percentual de casos de SIDA⁽¹⁾ em homens de 13 anos e mais de idade segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico. Brasil, 1991 a 2008.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais.

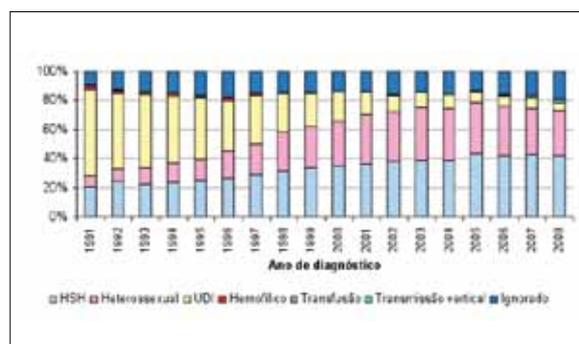
NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2009. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Em 2004, observou-se tendência de diminuição da taxa de transmissão vertical do VIH que foi estimada em 6,8%^{ix}. Uma vez que a categoria de exposição transmissão vertical representa a principal forma de transmissão de quase a totalidade de casos entre menores de cinco anos, a taxa de incidência de SIDA nessa faixa etária vem sendo utilizada no país como *proxy* da taxa de transmissão vertical do VIH. Corroborando os achados anteriores, no período de 1998 a 2008, o Brasil reduziu em 49,0% a incidência de casos de SIDA em crianças menores de cinco anos, passando de 5,9 por 100.000 habitantes, em 1998, para 3,0 em 2008.

Em relação ao tratamento profilático para redução da transmissão vertical do VIH duran-

Gráfico 4

Distribuição percentual de casos de SIDA⁽¹⁾ em homens de 13 a 24 anos de idade segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico. Brasil, 1991 a 2008.



FONTE: MS/SVS/Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2009. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

te o parto, em 2009, a cobertura desse tratamento foi estimada em, aproximadamente, 50%, apresentando tendência de crescimento desde 2003 (46,6%).

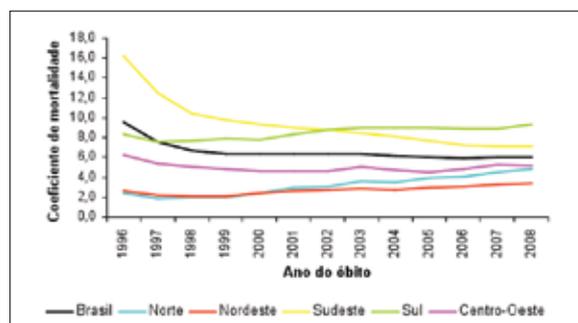
Quanto à mortalidade por SIDA, na última década, o país vem registrando uma média de 11.000 óbitos por ano. O coeficiente de mortalidade por SIDA variou de 9,6 por 100.000 habitantes, em 1996, para 6, em 2006, e se mantém estável nesse patamar no país desde então. A análise por região demonstra que o coeficiente de mortalidade aumentou nas regiões Sul, Norte e Nordeste; apresentou tendência de estabilização na Centro-Oeste; e, diminuiu na Sudeste (Gráfico 5).

Nos últimos anos, observa-se também um aumento na sobrevivência de pacientes com SIDA. A probabilidade de sobrevivência, em crianças, aos 60 meses após o diagnóstico que era de 58,3%, dentre aquelas diagnosticadas em 1995 e 1996^x, passou para 86,3% entre as diagnosticadas em 1999 e 2002^{xi}. Em relação aos adultos, a mediana de sobrevivência de pacientes diagnosticados com SIDA entre 1982 a 1989 era de 5,1 meses^{xii}, passando para 58 meses em pacientes diagnosticados em 1995 e 1996^{xiii}. Em estudo recente com pacientes diagnosticados em 1998 e 1999, a mediana de sobrevivência aumentou para mais de 108 meses^{xiv}.

Quanto ao conhecimento das formas de prevenção e transmissão do VIH, a maior parte da população brasileira entre 15 e 54 anos

Gráfico 5

Coeficiente de mortalidade por SIDA (por 100.000 habitantes) padronizado por idade⁽¹⁾, segundo região de residência e ano do óbito. Brasil, 1996 a 2008.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

NOTA: (1) Utilização do método directo usando como base a população brasileira.

POPULAÇÃO: MS/SE/DATASUS em <www.datasus.gov.br> no menu informações em saúde> Demográfica e socioeconômicas, acessado em 20/10/2009. Dados preliminares para 2008.

(98%) afirmou que o uso de preservativo é a melhor forma de se prevenir contra infecção pelo VIH, sendo essa proporção semelhante à observada em 2004. Por outro lado, observa-se uma redução na proporção de indivíduos com conhecimento correcto das formas de transmissão, ou seja, acerto das cinco questões (sabe que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectado pelo VIH; acha que ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do VIH; sabe que o uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo VIH; sabe que não pode ser infectado por picada de insecto; sabe que não

pode ser infectado pelo compartilhamento de talheres), passando de 67,1%, em 2004, para 57,5%, em 2008.

Dentre os jovens de 15 a 24 anos, a proporção com conhecimento correcto das formas de transmissão foi de quase 52%, sendo 52,9% entre os homens e 50,4% entre as mulheres. Quase 76% dos jovens concordam que o risco de transmissão do VIH pode ser reduzido se o indivíduo tiver relações sexuais com parceiro fiel e não infectado; 92,6% concordam que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo VIH; 96,1% que não pode ser infectado ao ser picado por um insecto; e, 74,9% que não pode ser infectado ao compartilhar talheres.

A proporção de HSH que identificou correctamente as formas de se proteger da transmissão sexual do VIH e rejeitou os maiores equívocos relacionados às formas de transmissão do vírus, foi de 62,9%⁵. Dentre os usuários de drogas ilícitas o percentual observado foi de 31,7%⁴. E, dentre as mulheres profissionais do sexo de 42,3%⁶.

Acerca das práticas sexuais relacionadas à infecção pelo VIH, em 2008, cerca de 90% da população de 15 a 54 anos havia tido pelo menos uma relação sexual na vida e 79% tiveram relação sexual no ano anterior à pesquisa, proporções essas semelhantes às observadas em 2004. No mesmo período, aumentou a proporção de indivíduos com início da activi-

dade sexual antes dos 15 anos, passando de 25,2%, em 2004, para 27,7%, em 2008. Entre os jovens de 15 a 24 anos, essa proporção foi de 35,4% em 2008, semelhante à observada em 2004, e variou entre 41% entre os jovens do sexo masculino e 29,5% entre as jovens do sexo feminino.

Com respeito à multiplicidade de parcerias, observa-se ligeiro aumento na proporção de indivíduos de 15 a 49 anos que declararam ter tido mais de um parceiro na vida, passando de 63,8% em 2004 para 66,1% em 2008. Nesse último ano, essa proporção foi de 75,7% entre os homens e 56,6% entre as mulheres. Aproximadamente 9% da população brasileira de 15 a 54 anos teve mais de cinco parceiros eventuais nos últimos 12 meses, mais do que o dobro da observada em 2004, 4%.

No que se refere aos indicadores de práticas de sexo protegido, nota-se uma diminuição no uso de preservativo entre 2004 e 2008, excepto para o uso regular com qualquer tipo de parceiro. O uso de preservativo na última relação com parceiro casual passou de 67% para 60% e o uso regular com parceiro casual de 51,5% para 46,5%, no período. O uso regular com parceiro fixo também diminuiu, passando de quase 25%, em 2004, para 20%, em 2008.

Dentre aqueles indivíduos que tiveram mais de um parceiro na vida, o uso de preservativo na última relação sexual com qualquer

parceiro foi de 39,2%, proporção essa, 10% menor do que a observada em 2004 (43,1%). O uso de preservativo com parceiro casual, apesar de mais frequente do que o uso com qualquer parceiro, também apresentou declínio no período analisado, passando de 70,4% em 2004 para 60,2% em 2008.

Dentre as mulheres profissionais do sexo, 90% delas declararam uso de preservativo com o último cliente, mas o uso em todas as relações com clientes foi reportado por apenas 55,2%⁶. Aproximadamente 48,3% dos HSH referiram uso de preservativo na última relação sexual com parceiro casual do sexo masculino, nos últimos 12 meses^v. Dentre os usuários de drogas ilícitas, 70,1% referiram uso de preservativo na última relação sexual com parceiro casual nos últimos 12 meses^{iv}.

Em 2009, aproximadamente 54% dos UDI relataram não ter compartilhado seringas nos últimos 12 meses^{iv}.

3. Resposta Nacional

A resposta brasileira à epidemia de SIDA está fundamentada na estruturação das ações como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de uma noção de saúde como direito de todos. Esta noção se ancora nos direitos humanos, assegurada pelo SUS e pela mobilização permanente da sociedade civil

para sua efectiva implantação, permitindo estruturar um programa de acesso universal ao tratamento antiretroviral.

Do ponto de vista político e programático, esta é a característica mais importante da resposta brasileira ao SIDA. A resposta brasileira à SIDA considera que para ela ser eficiente, duradoura, capaz de manter-se e inovar, deve atentar para o cuidado à saúde em todas as suas dimensões e possuir um sistema de saúde pública bem estruturado.

Dessa forma, um dos desafios futuros para o Programa Brasileiro de Aids é conjugar a manutenção dos elevados níveis de investimento para o enfrentamento da doença com o fortalecimento do SUS. Isto significa também combinar a luta contra a SIDA com políticas de Estado para a ampliação da cidadania e dos direitos e o fortalecimento da democracia.

Em conexão bastante estreita a estes princípios, tanto da luta contra a SIDA quanto do sistema público de saúde, ganha consistência a prática de desenhar as ações em SIDA amparadas no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, com ampla participação da sociedade civil em todos os níveis, e com a valorização das diversas identidades como modo de ampliação da inclusão nas políticas de saúde.

Grande parte dos gastos de saúde em SIDA, realizados no Brasil, é de recursos pú-

blicos, tanto do governo federal como dos governos estaduais e municipais. A tabela abaixo mostra os valores do orçamento federal, de 1998 a 2009, destinado ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, responsável pela condução do Programa Brasileiro de DST e Aids (Tabela 1). Os valores anuais do orçamento reflectem sua adequação às necessidades de gastos estimadas para ano desse período.

ANÁLISE COMPARATIVA 2006 À 2008

A tabela 2 apresenta um resumo dos gastos levantados (fontes públicas e internacionais) no período de 2006 à 2008:

Tabela 1

Orçamento do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais no Ministério da Saúde – 1998 à 2009.

Em R\$ milhões

Exercício	Orçamento(*)
1998	271,21
1999	593,41
2000	713,10
2001	654,50
2002	802,45
2003	689,00
2004	880,28
2005	941,54
2006	1.305,36
2007	1.362,39
2008	1.340,75
2009	1.430,16

Fonte: SIAFI. Não estão incluídos os gastos com internações hospitalares, consultas ambulatoriais e exames laboratoriais, pagos pelo SUS.

Tabela 2

Resumo do levantamento dos gastos em SIDA, Brasil, 2006 à 2008.

ANO	Prevenção	Atenção e tratamento	Fortalecimento da gestão e administração dos programas	Incentivos aos recursos humanos	Protecção social e serviços sociais	Entorno favorável e desenvolvimento da comunidade	Estudos	TOTAL
2006	75.150.164	1.034.121.233	55.887.560	12.056.661	28.825.913	36.260.235	780.937	1.243.082.703
2007	160.772.680	860.151.173	38.595.690	16.851.202	25.817.463	14.164.775	10.847.821	1.127.200.804
2008	76.419.285	956.379.023	42.907.394	15.655.902	24.784.800	20.220.329	3.967.601	1.140.334.333
TOTAL	312.342.129	2.850.651.429	137.390.644	44.563.765	79.428.176	70.645.338	15.596.359	3.510.617.840

Fonte: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais-Ministério da Saúde, Brasil, 2010. (Meios de verificação utilizados: SIAFI, SIH, SIA-SUS, SIAIDS, Relatórios gerenciais fornecidos pelas secretarias estaduais e organismos internacionais).

Entre os principais avanços obtidos à resposta brasileira a epidemia de SIDA, destacam-se a criação de fábrica estatal de preservativos com produção de 48 milhões de unidades. Importante destacar que o país distribuiu a cada ano cerca de aproximadamente 500 milhões de preservativos e 2 milhões de preservativos femininos. Destaca-se também o acesso universal ao antirretroviral (ARV), bem como o esforço da indústria farmacêutica nacional na produção dos mesmos. O país já produz a versão genérica do Efavirenz.

Actualmente, no Brasil, 190 mil pacientes estão em TARV e quase 35 mil pacientes iniciaram a terapia em 2008. Dentre esses pacientes que iniciaram o tratamento em 2008, 98,7% continuavam em tratamento após 12 meses do início.

Em relação ao diagnóstico da infecção pelo VIH, a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP), realizada em 2008, comparada à mesma pesquisa realizada em 2004, mostrou um aumento na cobertura de testagem para detecção do VIH: em 2004, cerca de 28% da população sexualmente activa de 15 a 54 anos declararam ter realizado o teste em algum momento da vida e, em 2008, esse percentual subiu para 38,4%. Da mesma forma, estudo realizado periodicamente no país entre mulheres parturientes revelou aumento na cobertura de testagem para o VIH durante a gestação. A proporção de gestantes que realizaram o teste de VIH e conheciam o resultado

passou de 52%, em 2002, para 62%, em 2004, mantendo-se nesse patamar também em 2006. Observou-se também aumento de 50% no número de testes para a detecção da infecção realizados pelo SUS entre 2000 e 2008.

A PCAP mostra também que, em 2008, a proporção de homens e mulheres de 15 a 49 anos que realizaram o teste de VIH nos 12 meses anteriores à pesquisa e que conheciam o resultado do último teste realizado foi de 13,1%, sendo que 10,1%, entre os homens e, 15,9%, entre as mulheres. Essa cobertura foi maior entre os grupos sob maior risco para a infecção pelo VIH: 17,5% entre as mulheres profissionais do sexo, 19,1% entre os HSH e 13,2% entre os usuários de drogas ilícitas.

Ainda com respeito ao diagnóstico, entre 2003 e 2008, a proporção média de pacientes VIH positivos virgens de tratamento que chegaram ao serviço de saúde com CD4 inferior a 200 células por mm^3 foi de 32,5% e, em torno de 47%, chegaram ao serviço com CD4 maior do que 350 células por mm^3 . Entre 2003 e 2008, observa-se ligeiro aumento na proporção de pacientes VIH positivos com CD4 inferior a 200 células por mm^3 , passando de 32,9% em 2003¹⁵ para 34,9% em 2008.

Os subgrupos populacionais de risco acrescido têm sido contemplados com a implantação/implementação do Projecto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que está implantado em 100% dos municípios com Política

de Incentivo no âmbito do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Plano de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis.

Além disso, quanto a outras atividades de prevenção, os resultados do Levantamento das Acções em Promoção à Saúde e Educação Preventiva do Censo Escolar em 2007, mostraram que 63% dos estabelecimentos brasileiros de ensino básico trabalhavam com o tema DST. Essa proporção é maior do que a observada em 2005, 57,1%. Considerando-se somente os estabelecimentos de ensino fundamental, a proporção passou de 67,8% em 2005 para 72,7% em 2007. Já entre as escolas de ensino médio, essa proporção passou de 96,2% para 97,5%, no mesmo período.

Observou-se também tendência de aumento na proporção de estabelecimentos de ensino básico que responderam ao Levantamento de Saúde e que relataram a distribuição de preservativos dentre as actividades relacionadas à DST e SIDA desenvolvidas na escola. Enquanto em 2005 essa proporção foi de 5,7%, a proporção correspondente, em 2007, foi de 7,9%.

Ainda com respeito às actividades de prevenção, em 2009, 47% das mulheres profissionais do sexo foram alcançadas por programas de prevenção, sendo que 57% declaram saber onde poderiam fazer o teste de VIH gratuitamente e 77,2% receberam preservativos de graça nos últimos 12 meses^{vi}. Em torno de 37,4% dos HSH foram alcançados por programas de

prevenção; 47,3% sabiam onde fazer o teste de VIH de graça e 72,4% receberam preservativos nos últimos 12 meses^v. Já dentre os usuários de drogas ilícitas, 40% tiveram acesso a programas de prevenção, sendo que 48,6% sabiam onde fazer o teste de VIH gratuitamente e apenas 28,6% receberam preservativos de graça^{iv}.

Ademais, vem sendo implementado nos estados o Plano de Enfrentamento da epidemia de Aids e das DST entre a população de gays, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), Travestis, além do Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST.

4. Perspectivas Futuras

Os desafios que se colocam ante a resposta brasileira à SIDA, em médio e longo prazo, são:

- I. Diminuição do número de novas infecções, com ênfase em populações vulneráveis;
- II. Incremento das acções intersectoriais que visam à diminuição de riscos e vulnerabilidades da população, considerando as desigualdades regionais;
- III. Ampliação do acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo VIH e outras DST;
- IV. Promoção do acesso universal às actividades de prevenção, na perspectiva da equidade, com ampliação do acesso aos insumos e estímulo ao uso consistente de preservativo;

- V. Incremento das acções para a redução da transmissão vertical do VIH;
- VI. Melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH e SIDA, mediante a integração das estratégias em VIH/SIDA na saúde e outros setores;
- VII. Ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde e apoio social, incluindo a atenção primária;
- VIII. Sustentabilidade do acesso universal ao tratamento;
- IX. Execução efectiva das acções pactuadas em DST/SIDA no Sistema Único de Saúde, garantindo os recursos técnicos e financeiros nas três esferas de governo, com participação social;
- X. Ampliação das garantias de direitos humanos das pessoas vivendo com VIH e SIDA, notadamente em áreas como acesso e permanência no mercado de trabalho, e junto às populações já marginalizadas pela pobreza e pela discriminação em virtude de orientação sexual, raça e género.

Para enfrentar os desafios apontados, é importante superar barreiras geográficas, institucionais e no campo dos direitos humanos. São barreiras geográficas a distância dos serviços (característica de país continental), principalmente nas Regiões Norte e Nordeste do país, e a baixa incidência de serviços especializados e criados a partir de critérios epidemiológicos

e populacionais actualizados. Há um conjunto de barreiras no campo dos Direitos Humanos, como o estigma que leva pessoas a realizarem tratamento em outros municípios que não o de sua moradia, por medo da discriminação na própria localidade. Por fim, como barreiras institucionais, mesmo com três décadas de epidemia, ainda há profissionais de saúde que se recusam a atender populações mais vulneráveis ou afectadas pela SIDA nos serviços. Nesse particular, as populações vivendo em situação de rua são as mais prejudicadas, bem como os usuários de álcool e outras drogas.

Boas práticas e lições aprendidas

As lições aprendidas, abaixo enumeradas, correspondem à complexidade da resposta brasileira à SIDA, ao tamanho e diversidade do país.

- O envolvimento da sociedade civil, dos profissionais de saúde e de outros sectores da sociedade que exercem a função de controle social sobre as políticas públicas na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação das estratégias de enfrentamento da epidemia é uma boa prática. Essas categorias estão representadas em conselhos e comissões em âmbito de consulta e de decisão na saúde. Um desafio ligado a essa boa prática é o de ampliar, para os novos parceiros das políticas pú-

blicas de prevenção à SIDA, essa mesma modalidade de controle social, o que implica pensar na participação da sociedade civil nas esferas de decisão e avaliação em outros organismos federais, como o Ministério da Educação, o Ministério da Justiça, o Ministério da Defesa, como também no nível dos estados e municípios.

- A resposta brasileira se caracteriza, desde seu início, por uma combinação equilibrada entre autoridade nacional única em nível federal com grande manejo de recursos e capacidade de decisão (anteriormente o Programa de DST e Aids, actualmente o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais) e o processo de descentralização, que marca a construção e ampliação do sistema público de saúde. Em uma conjuntura de epidemia concentrada, com desigualdade de distribuição regional e populacional, a institucionalização das acções de prevenção e assistência na rotina dos serviços de saúde deve ser feita mediante a negociação entre a autoridade nacional e as instâncias estaduais e municipais. A manutenção do equilíbrio adequado entre autoridade nacional e as autoridades em saúde de estados e municípios tem encontrado nos planos operacionais uma boa prática. Os planos são estratégias de consolidação e pactuação de acções já em andamento,

mas que se mostram dispersas e irregulares, e que, com os planos, ampliam-se em escala nacional, garantindo a consolidação e manutenção das acções. Na elaboração desses planos, o diálogo entre a autoridade nacional e as instâncias locais é a garantia do sucesso. Dentre os planos ora em andamento, citam-se: o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e DST; o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congénita; o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros HSH e Travestis.

- A priorização das acções de assistência à saúde e prevenção, que estão no mesmo patamar de intensidade e são entendidas como direitos essenciais no campo da saúde.
- A resposta brasileira à SIDA é marcada pela compreensão da epidemia no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos. Isso implica a valorização das identidades de grupos e populações, o respeito à diferença e a valorização da diversidade. Exemplo dessa boa prática é a pluralidade de chamadas de selecção de pesquisa, intervenção e *advocacy* lançadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e pelos programas estaduais e municipais de SIDA, contemplando a diversidade de regiões, de po-

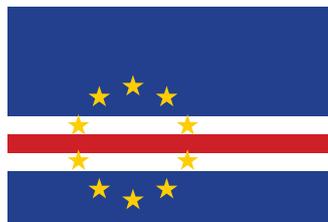
pulações e de contextos, entendendo que as acções de prevenção e assistência devem respeitar o consentimento dos sujeitos e o contexto cultural e de valores.

Da ênfase nos direitos humanos e no acesso universal ao tratamento derivam: a preocupação crescente com a qualidade de vida das pessoas vivendo com VIH e SIDA, que se reflecte em acções de combate à discriminação na comunidade; a ampliação da estrutura legal de protecção no local de trabalho; a garantia do anonimato no tratamento; a garantia de direitos e benefícios sociais; a garantia de acesso a vacinas e a procedimentos para prevenção de doenças; a ampliação dos procedimentos que visam minimizar os efeitos adversos da TARV (preenchimento facial, tratamento da lipodistrofia e das doenças hepáticas, exercícios físicos, etc.); o acompanhamento por equipe de saúde multiprofissional (médico, psicólogo, enfermeira, assistência farmacêutica, saúde bucal, etc.); a abordagem interdisciplinar e outras medidas que garantam a melhoria da qualidade de vida das pessoas soropositivas. O acompanhamento do paciente VIH+ apresenta uma complexidade cada vez maior e a isso se conjugam os esforços para evitar os óbitos precoces e os diagnósticos tardios. Os esforços para elevar a qualidade de vida das pessoas vivendo com VIH e SIDA implicam estratégias para ampliar o acesso e o vínculo dos pacientes aos serviços.

- Um Sistema Público de Saúde fortalecido, a partir de seus princípios doutrinários e organizacionais, que produz resultados de qualidade e se caracteriza por: universalidade (a saúde é um direito de todos); integralidade (a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos, tanto os individuais quanto os colectivos); equidade (todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde); participação da comunidade (controle social exercido pelos usuários por meio de conferências e conselhos em todos os níveis); descentralização político-administrativa (o SUS existe e actua nos níveis nacional, estadual e municipal); hierarquização e regionalização (serviços de saúde divididos em níveis de complexidade).

- i** Szwarcwald CL, et al "HIV Testing during Pregnancy: Use of Secondary Data to Estimate 2006 Test Coverage and Prevalence in Brazil". *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, vol. 12, nº 3: 167-172, 2008.
- ii** Szwarcwald CL, Carvalho MF, Barbosa-Junior A, Barreira D, Speranza FAB, Castilho EA de. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian Military Conscripts, 1997-2002. *Clinics*. 2005; 60(5): 367-74.
- iii** Szwarcwald CL, et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, 2007. *Cad. de Saúde Pública*. Submetido em 2010.
- iv** Bastos, FI. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais, 2009.
- v** Kerr, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.
- vi** Szwarcwald CL. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.
- vii** Barbosa-JR, Aristides et al. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad. Saúde Pública*, Abr 2009, vol.25, nº. 4, p.727-737. ISSN 0102-311X
- viii** Tess, BH et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. São Paulo Collaborative Study for Vertical Transmission of HIV-1. *AIDS*. 1998, 26:12 (5): 513-20.
- ix** Succi, RCM, Grupo de Estudos da Sociedade Brasileira de Pediatria para Avaliar a Transmissão Materno Infantil do HIV. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. *Cad. Saúde Pública*, 23 (Sup.3): S379-S389; 2007
- x** Matida LH, Grupo Brasileiro de estudo da Sobrevida em Crianças com Aids. AIDS by mother-to-child transmission: survival analysis of cases followed from 1983 to 2002 in different regions of Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2007, 23(3): S435-S444.
- xi** Matida LH, Ramos Junior AN, Heukelbach J, Hearst N, Brazilian Study Group on Survival of Children with AIDS. Continuing Improvement in Survival for Children with Acquired Immunodeficiency Syndrome in Brazil. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 2009;28 (10):920-922.
- xii** Chequer P, Hearst N, Hudes ES, Castilho E, Rutherford G, Loures L, Rodrigues L. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. *AIDS*, 6(5):483-7, 1992.
- xiii** Marins JR, Jamal LF, Chen SY, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*. 2003;17:1675-1682.
- xiv** Guibu IA, Barros MBA, Cordeiro MRD, et al. Estudo de Sobrevida de Pacientes de AIDS no Brasil, 1998 a 1999 – Fase I - Regiões Sul e Sudeste. In: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS DST, ano V, no 1, 2008. http://www.AIDS.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008_vers%E3o1_6.pdf. Acesso: 20/03/2009.
- xv** Souza-Jr, PRB, Szwarcwald CL, Castilho EA. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. *Clinics*. 2007; 62(5):579-84.

CABO VERDE



1. Contexto Nacional

Cabo Verde é um país constituído por dez ilhas e treze ilhéus, situado a cerca de 450 km do Senegal. Independente em 1975, o país vem construindo, desde 1991 uma democracia multipartidária, com eleições regulares a nível legislativo, presidencial e autárquico. O contexto político reflecte estabilidade política, boa governação, modernização do Parlamento, direitos humanos, liberdade de imprensa, sendo a participação, a justiça e a dimensão do género alguns factores determinantes da dinâmica de desenvolvimento do país.

Os indicadores demográficos registraram melhorias no período de 2002 a 2007, como sejam a esperança de vida, que alcançou os 72 para os homens e 76 anos para as mulheres, e o índice sintético de fecundidade, que se encontra em menos de três filhos por mulher em idade fértil.

A população é bastante jovem, sendo que 60% tem idade inferior a 25 anos, e as mulheres a representarem 51,6%.

2. Situação Atual da Epidemia do VIH

Desde o primeiro diagnóstico de SIDA em 1986, foram registrados em Cabo Verde progressos significativos no combate, prevenção e tratamento do VIH/SIDA.

De 1987-2009, o total de casos acumulados de infecção pelo VIH e SIDA foi de 2.888 pessoas infectadas com o VIH, dos quais 1.290 são do sexo masculino (44,7%), 1.541 do sexo feminino (53,4%) e 57 (2%) não foram identificados. Deste total, 1.288 desenvolveram a doença SIDA (44,6%): 688 homens, 595 mulheres e 5 N/I (Gráfico 1).

Em 2008, 16.016 testes foram realizados com um resultado de 276 casos positivos. Em 2009, o número de testes realizados foi de 19.304, com um total de 290 novos casos positivos (Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde).

No final de 2009, 1.323 pacientes infectados com VIH foram avaliados e registrados nos pólos de tratamento aumentando a taxa de cobertura para 73,5%.

De acordo com os dados de postos sentinela de todo o país, o VIH/SIDA os resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II 2005) revelaram uma taxa de seroprevalência de 0,8%, sendo 1,1% nos homens e 0,4% nas mulheres. Na população sexualmente activa, a taxa é cerca de 1% (Gráfico 2).

A epidemia do VIH em Cabo Verde, com os dados até agora conhecidos, mantém-se como sendo de baixa prevalência.

A Incidência/Prevalência do VIH no País, segundo Variáveis Disponíveis

Actualmente, o país dispõe de 28 centros testagem, contra os seis que existiam em 2007. Estes centros são responsáveis pela

oferta do teste a mulheres grávidas, indivíduos desejam ser testados de forma voluntária e pacientes suspeitos de estarem infectados e são enviados pelos seus médicos. Esta disponibilidade permitiu obter uma perspectiva mais ampla e abrangente da realização do

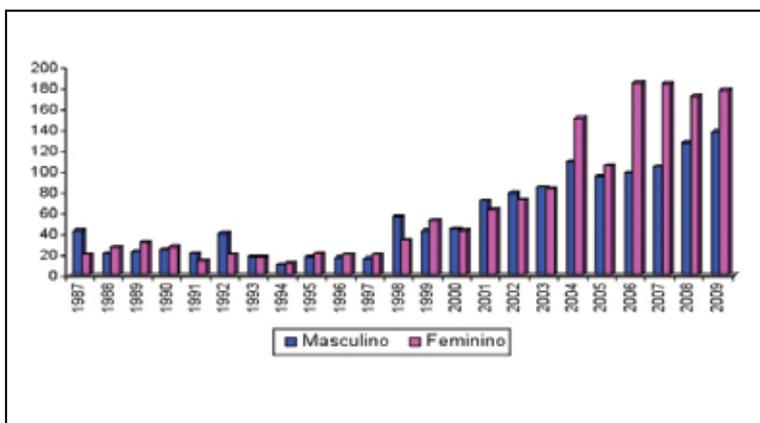
teste de VIH e um conhecimento mais aprofundado sobre a seroprevalência na população em geral.

Por regiões, a região de Sotavento, que inclui as ilhas de Santiago, Maio, Fogo e Brava, é a mais afectada com uma taxa de prevalência de 1,1%. A região de Barlavento, que inclui ilhas de Santo Antão, S. Vicente, São Nicolau, Sal e Boa Vista, registou uma taxa de prevalência de 0,1%.

Os centros urbanos apresentaram uma taxa de prevalência de 0,9% contra 0,6% nas zonas rurais.

Gráfico 1

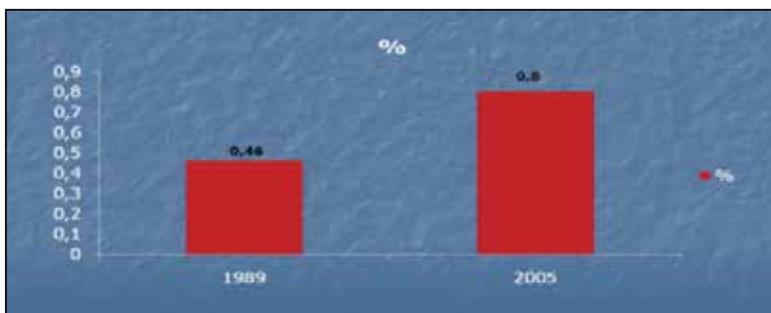
Evolução dos novos casos de VIH por sexo e ano, Cabo Verde, 1987-2009.



Fonte: Ministério da Saúde.

Gráfico 2

Evolução da Taxa de prevalência nacional, Cabo Verde, 1989 e 2005.



Fonte: IDSR II 2005

Tabela 1**Infecção VIH: Incidência e Prevalência em Cabo Verde entre os anos 1987-2009.**

ANO	VIH+						
	Casos					Incidência (p/ 100,000)	Prevalência (p/100,000)
	Masculino	Feminino	N/especif	Total	Total cumulativo		
1987	42	19	0	61	61	18,7	...
1988	20	26	0	46	107	13,9	31,3
1989	22	31	0	53	160	15,7	44,0
1990	24	27	0	51	211	14,9	54,7
1991	20	13	0	33	244	9,5	60,8
1992	40	19	0	59	303	16,6	74,1
1993	17	17	0	34	337	9,3	76,9
1994	10	11	0	21	358	5,6	78,0
1995	17	20	0	37	395	9,7	83,2
1996	16	19	0	35	430	9,0	85,6
1997	15	19	0	34	464	8,6	87,0
1998	56	33	0	89	553	22,0	101,2
1999	42	52	6	100	653	24,2	117,4
2000	44	42	28	114	767	26,1	129,6
2001	71	63	0	134	901	30,1	149,0
2002	79	72	0	151	1060	33,3	168,7
2003	84	83	2	169	1229	36,7	188,2
2004	109	151	0	260	1489	55,5	227,1
2005	95	105	6	206	1695	43,3	252,8
2006	98	185	1	284	1979	58,8	298,1
2007	104	184	1	289	2268	58,8	341,5
2008	127	172	2	301	2569	60,2	383,4
2009	138	178		319	2888	62,7	424,9
Indeterm			8	8			
Total	1290	1541	57	2888			

Fonte: Formulários de notificação, SVE/DGS/

População utilizada: Projecção demográfica 1990-2005 (para os anos de 1990-1999), Censo 2000 ajustado (para os anos de 2000-2009)

Resultado de estudos em Populações Específicas

Para além de dois inquéritos demográfico e de saúde reprodutiva realizados em 1998 e 2005 Cabo Verde realizou vários estudos em grupos específicos.

O inquérito de vigilância dos comportamentos sexuais face ao VIH/SIDA e às IST realizado em 2004 junto das vendedeiras dos mercados e dos homens de uniforme mostra que o nível dos ganhos das populações face ao VIH/SIDA é muito elevado. Ao contrário, as práticas sexuais mostram o risco de infecção muito grande nos dois grupos.

Durante os últimos 12 meses, cerca de 34% de mulheres vendedeiras tiveram relações sexuais com pelo menos um parceiro ocasional e esta relação não foi protegida com um preservativo em quase 69% dos casos. Embora 59% destas vendedeiras considerarem-se em risco de uma infecção com o VIH/SIDA, mais de 49% delas teve uma relação com um parceiro que consideram como de alto risco durante o mesmo período.

A situação não é muito diferente nos homens de uniforme. Durante os últimos 12 meses precedentes ao estudo, 81% tiveram relações sexuais com pelo menos um parceiro sexual ocasional (em média 2 a 3). A última relação sexual com um parceiro ocasional foi protegida com um preservativo em apenas

65% dos casos. Apesar deste risco constante, apenas 1,3% das vendedeiras e 11,5% dos homens de uniforme fizeram teste do VIH.

Usuários de Droga Injectável

A análise da vulnerabilidade dos usuários de droga injectáveis (UDI) face às IST/VIH/SIDA (CCCD, 2005) permitiu estimar para os 4 Concelhos estudados (Praia, S. Vicente, Sal, Sta. Catarina) 80 efectivos, dos quais 37 na Praia, 7 em Assomada, 21 em São Vicente e 15 no Sal. A Praia e São Vicente apresentam 73% dos casos de UDI registados. O estudo gerou ainda uma estimativa dos usuários de drogas (UD), com base nos casos conhecidos como tal, ou seja passíveis de serem identificados como UD. Deste modo este dado carece de confirmação através de metodologias complementares. O total ascendeu a 1348 UD. O efectivo de UDI representa assim uma proporção de cerca 6% dos UD identificados. O Sal e Assomada concentram respectivamente 15% e 8% de UDI, se se comparar o número de UDI aos do UD, o que testemunha da amplitude do consumo de drogas injectáveis nestes dois domínios.

O conhecimento sobre as IST/VIH-SIDA é menor nos UD que nos UDI. De forma geral os UDI apresentam maior consciência do risco e informações, tanto quanto ao perigo da troca de seringas, quanto ao não uso do preservativo. Contudo, a prática preventiva não corres-

ponde necessariamente aos conhecimentos e existem dificuldades de acesso às seringas. Note-se que apesar de mundialmente os UDI serem um dos subgrupos de UD que mais se expõe a riscos de IST/VIH/SIDA, em Cabo Verde há que considerar em quase pé de igualdade os UD que são ao mesmo tempo TPS.

Em relação a este mesmo grupo, o estudo sobre a situação do consumo de droga e a sua relação com o VIH realizado entre usuários de drogas nas prisões e centros de tratamento (Comunidade da Granja de S. Filipe e Tenda El Shadai) aponta para uma prevalência de 1,7% para os usuários de drogas e 14,3% para os usuários injectáveis (UDI). Deve-se notar que a amostra era muito pequena. Deve-se tomar estes dados com ponderação (CCCD/ONU DC/MS, 2007).

Crianças em Situação de Rua

A análise da vulnerabilidade das crianças em situação de rua face às IST/VIH/SIDA (ICM, 2005) permitiu identificar nos 6 Concelhos estudados (Praia, S. Vicente, Sal, Sta. Catarina, Tarrafal e Sta. Cruz) 663 crianças em situação de rua, das quais 28% podem ser consideradas como crianças de rua (184 crianças) e 72% na rua (479 crianças). Estas últimas, apesar de estarem na rua, não romperam ainda os vínculos com a família, ao contrário das crianças de rua. Os dois principais centros urbanos

(Praia e Mindelo) e a ilha de maior atracção turística (Sal), concentram 80% das crianças que podem ser consideradas como de rua.

O estudo verificou como se naturalizou o abuso sexual das crianças menores pelas maiores, aparecendo como uma modalidade de afirmação da masculinidade. A situação de rua torna-se assim um contexto de alta vulnerabilidade devido a peculiaridade de destituição da condição de sujeito, em qualquer campo, incluindo o da sexualidade. Verificou-se ainda que o contacto das crianças com o turismo se apresenta como um foco de perigos, em que as crianças são exploradas, quer como objectos de relações, quer como mediadoras na prostituição, que envolve com frequência menores de idade. O uso de entorpecentes, a exploração sexual e outras modalidades de uma sexualidade de risco, envolvendo adultos nacionais, turistas e as próprias crianças mais velhas em relação às mais novas, são constantes no quotidiano dessas crianças.

Verifica-se que a iniciação sexual é precoce entre as crianças em situação de rua (em mais de 70% dos casos, até aos 14 anos). Para além disso, mais de 57% dos entrevistados que já tiveram relações sexuais, nunca usaram, ou utilizam de vez em quando, o preservativo. Deve-se reconhecer, à luz do acima descrito, que as informações sobre os riscos do SIDA, por exemplo, terão poucas probabilidades de um processamento indutor do cuidado de si ou de outrem.

Resultados de Estudos Relativo a Aspectos de Estigma e Discriminação

Cabo Verde não realizou estudos KAPB específicos mas teve a preocupação de nos estudos efectuados incluir módulos atitudes, crenças e práticas em relação ao VIH. Deste modo, em 2005, os dados do IDSR II confirmam que ainda existe na sociedade cabo-verdiana atitudes de falta de tolerância para com as pessoas infectadas pelo VIH/SIDA (somente 16% das pessoas inquiridas aceitaram as quatro medidas de tolerância estudadas, quais sejam: estar disposto a cuidar de um familiar seropositivo; aceitar comprar alimentos de um vendedor seropositivo; aceitar que um professor seropositivo possa continuar a dar aulas e aceitar que se mantenha em sigilo a condição de seropositivo de um familiar).

Em 2009, os dados de APIS, indicam 24% sendo 22% das mulheres e 27% dos homens apresentam atitudes positivas nas quatro questões sondadas.

O nível de escolaridade está fortemente relacionado com a expressão de atitudes positivas face à pessoa seropositiva, tanto para as mulheres como para os homens. Quando maior é o nível de instrução maior é a aceitação das quatro atitudes. É no meio urbano que maior é a percentagem que expressa aceitação das quatro atitudes e com maior representatividade nos homens.

Modos de Transmissão e suas Tendências

O principal modo de transmissão é a via sexual que representa mais de 80% dos casos notificados. Dos 2.888 casos acumulados notificados até 2009, 7,5% devem-se à transmissão vertical.

A infecção com o VIH está presente nas 9 ilhas habitadas do país e as taxas variam de uma ilha para outra. De acordo com os dados de notificação, de vigilância epidemiológica e o IDSR II, a região de Sotavento continua sendo a mais atingida pela epidemia.

Os dois tipos de vírus circulam no país e as análises mostraram que dos 319 casos em 2009, 213 eram VIH1, 75 VIH2, 16 VIH1e VIH2 e 15 não especificado o tipo de vírus. Ainda, nota-se que a maior parte de casos diagnosticados estão na fase de SIDA, o que denota um diagnóstico tardio da infecção.

3. Resposta Nacional

Desde muito cedo o Governo de Cabo Verde considerou o combate ao VIH/SIDA como uma das grandes prioridades do país, tendo podido contar com o indispensável apoio dos principais parceiros internacionais, tais como a Cooperação Francesa, a União Europeia, o Banco Mundial, o GTZ, o Sistema das Nações

Unidas e, mais recentemente, do Governo Brasileiro e da Fundação Clinton, entre outros. Efectivamente, sem este apoio fundamental a permanência de Cabo Verde no grupo de países com fraca prevalência para o VIH/SIDA (< 1 %) não teria sido possível. Por outro lado, a decisão de introduzir o tratamento anti-retroviral não teria sido possível sem a solidariedade internacional.

O desenvolvimento da luta contra o VIH/SIDA levou a que fosse já legalizada a primeira Associação de Apoio a Seropositivos e começam a aparecer na comunicação social, indícios das primeiras reivindicações de PVVIH-SIDA, como resultado de um processo de apropriação e de exercício da cidadania, que poderão trazer benefícios para a consolidação da luta contra a SIDA no país.

Neste contexto, o Parlamento cabo-verdiano aprovou, por unanimidade, a lei sobre a protecção dos direitos das PVVIH. Esta lei, n.º 19/VII/2007, 26 de Novembro, foi divulgada em 2008, em todo o país pela Rede Parlamentar para a População e Desenvolvimento, em parceria com o CCS-SIDA.

A lei regula aspectos em matéria de prevenção, tratamento e controle do VIH/SIDA, dando prioridade ao IEC para a mudança de comportamento em VIH/SIDA de protecção e apoio aos testes e aconselhamento, serviços de saúde e assistência, confidencialidade, discriminação e aspectos penais.

Para a prossecução das intervenções contra o VIH/SIDA, Cabo Verde dispõe de novo financiamento negociado com o Fundo Global de luta contra a SIDA, Malária e Tuberculose.

O objectivo é o de assegurar os recursos necessários para o desenvolvimento de medidas de prevenção, acesso aos anti-retrovirais, preservativos e disponibilidade de reagentes para realizar testes de VIH.

O engajamento e apoio político do governo na luta contra a SIDA se reflectem também na alocação de recursos nacionais, ao nível dos diferentes orçamentos sectoriais. Este engajamento foi reforçado por diversos sectores da sociedade civil, particularmente as ONG, associações comunitárias e alguns agentes do sector privado, que tem dado a sua contribuição com intervenções de apoio às PVVIH/SIDA.

Tanto o governo como as diferentes organizações da sociedade civil asseguram a prevenção através de campanhas de informação e sensibilização na mídia e junto das populações. A distribuição de preservativos continua a ser gratuita nos hospitais, centros de saúde e sedes das ONGs.

Descrição do Processo Multisectorial e Multidisciplinar

A filosofia multisectorial introduzida, numa plataforma ampla de participação, permitiu que toda a população e todos os sectores da

sociedade se envolvessem e se apropriassem da luta contra a SIDA.

As iniciativas a diferentes níveis e com a participação de altas individualidades do Estado como o Presidente da República, o Presidente da Assembléia Nacional, o Primeiro Ministro, diversos Ministros e Secretários de Estado revelam a importância que foi atribuída às actividades de luta contra a SIDA no país. Por outro lado, a participação activa das organizações da sociedade civil, através das ONG's e entidades privadas, a nível central e local projectaram a problemática SIDA para níveis nunca antes atingidos, quer pela quantidade de eventos realizados quer pela qualidade que emprestaram na execução dos mesmos.

A multisectorialidade e a execução descentralizada pontificam-se como um dos principais instrumentos para que o nível de participação dos diversos segmentos sociais atingisse elevada escala.

De 2002 a 2009, no âmbito do Programa desenvolveram-se importantes acções de parcerias com outros organismos, designadamente internacionais, como o Sistema das Nações Unidas, através do UNICEF, OMS, FNUAP, bem como o GTZ (cooperação alemã) a AECID (agência cooperação espanhola), CICT (agência brasileira de cooperação, BAD (Banco Africano de Desenvolvimento no âmbito dos trabalhos nas bacias hidrográficas), MCA (Millenium Challenge Account, no âmbito das grandes obras de

construção de infraestruturas). No âmbito local, destacam-se as parcerias com a Cabo Verde Telecom e a Shell Cabo Verde.

O Sector da Saúde

O sector da saúde é tem sido o sector mais importante na luta contra o VIH/SIDA em Cabo Verde, devido à sua capacidade para detectar, diagnosticar e disponibilizar recursos humanos em qualidade e em quantidade.

A terapia com ARV foi iniciada em Cabo Verde em Dezembro de 2004. Desde então, 1.323 indivíduos foram avaliados (73,5% de cobertura), sendo 283 (59%) em 2008 e 294 (73,5%) em 2009.

Um total de 611 doentes registados nos serviços de saúde e que apresentavam critérios clínicos e imunológicos, iniciaram o tratamento com ARV. Este tratamento abrangeu 114 indivíduos em 2008 e 149 em 2009.

A taxa de mortalidade em pacientes com tratamento ARV diminuiu, mas há ainda uma faixa importante de doentes que chegam aos serviços de saúde num estado muito avançado, o que influencia significativamente a sua morbilidade.

A segurança transfusional do ponto de vista do VIH é assegurada desde o início da epidemia através da despistagem de todo o sangue recolhido. Progressos consideráveis foram registados ao nível da organização de documentos estratégicos, de enquadramen-

to, perspectivas de alargamento do sistema de inclusão, bem como ao nível da actualização profissional. Foram também reforçadas as medidas de prevenção universais ao nível tratamento de resíduos hospitalares.

O apoio psicossocial no sector da saúde inclui PVVIH e famílias afetadas. Visa melhorar a qualidade de vida através de uma resposta integrada que contribui para reduzir o impacto da epidemia sobre o indivíduo e para a promoção da justiça e coesão social.

Para garantir o bem-estar das PVVIH/SIDA, cada grupo terapêutico é integrado por uma assistente social e um psicólogo.

De 2008 a 2009, com as medidas tomadas com o apoio psicossocial, tem havido avanços na qualidade de vida das PVVIH/SIDA, através de:

- mudança na percepção da doença entre o país;
- Aumento da auto-estima;
- A recuperação da noção do futuro e desenvolvimento de projetos de vida;
- Aliança terapêutica e expectativa de vida.

O Sector da Educação

Este sector é considerado como um sector chave tendo em conta a importância da adop-

ção de comportamentos sexuais de menor riscos e a educação dos jovens para a vida activa.

Para isso, as mensagens de prevenção em DST/VIH/SIDA estão integradas no currículo do ensino básico e ensino secundário. Os professores foram treinados numa perspectiva de competências sociais e em algumas escolas secundárias foram criados centros de informação, educação e orientação (educação de pares).

Está em curso a revisão curricular com objectivo fundamental de integrar transversalmente o tema VIH/SIDA, incluindo as atividades IEC/sensibilização para a mudança de comportamento em todos os níveis de ensino. Para a implementação deste projeto foram realizadas experiências piloto no meio escolar.

De destacar que o país tem feito um esforço através dos centros da Juventude e centros satélite distribuídos por 22 municípios, para trabalhar com os jovens na escola, mas também fora da escola, com uma abordagem centrada nas competências de vida.

O Direito das Pessoas que Vivem com VIH

A constituição consagra o princípio da não discriminação de todos os cabo-verdianos e cabo-verdianas.

A Lei n.º 19/VII/2007 que regula os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controle do VIH/SIDA, está sendo divulgada, mas ainda alguns aspectos precisam serem regulamentados.

O mesmo, um artigo do Código Penal, prevê sanções para a transmissão intencional de doenças sexualmente transmissíveis incluindo o VIH.

Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis

O levantamento realizado em 2005, apontou para a existência de 5.486 órfãos e crianças vulneráveis em Cabo Verde e destes 10% ou seja, os mais vulneráveis, têm recebido apoio das instituições públicas e da sociedade civil para a educação, atendimento psicológico e apoio a famílias de acolhimento.

O apoio concedido, tendo sido adoptado num pacote de apoio específico que engloba desde instalação de órfãos em famílias de acolhimento, passando por apoio na aquisição de materiais escolares e didácticos, apoio nos transportes, na formação profissional para algumas profissões, para além de apoio nutricional. As actividades nesse domínio realizam-se a nível nacional, promovidas pelas ONGs, Serviços de Promoção Social das Câmaras Municipais.

Prevenção do VIH/SIDA nas Prisões

Por recomendação do estudo sobre a situação da droga em Cabo Verde e sua relação com VIH /SIDA, apresentado em Janeiro de 2008, várias actividades foram feitas em matéria de

prevenção e conscientização do uso de drogas e sua relação com VIH / SIDA o que levou a que os guardas prisionais e reclusos de duas cadeias centrais do país fossem beneficiados com seminários de sensibilização e prevenção de IST, VIH – SIDA, Tuberculose e drogas.

A Participação da Sociedade Civil e do Sector Privado

A luta contra a SIDA em Cabo Verde conheceu uma dinâmica nunca dantes verificada no nosso país. A filosofia multisectorial introduzida, numa plataforma ampla de participação, permitiu que toda a população e todos os sectores da sociedade se envolvessem e se apropriassem da luta contra a SIDA.

A multisectorialidade e a execução descentralizada pontificam-se como um dos principais instrumentos para que o nível de participação dos diversos segmentos sociais atingisse elevada escala.

Nesta componente do Programa, estão incluídas as respostas da sociedade civil a nível nacional e local.

De 2002 a 2009, a nível da sociedade civil, foram aprovados e executados 488 sub-projectos, sendo 390 financiados pelos Comités Municipais e 118 pelo Secretariado Executivo.

Os sub-projectos executados a nível comunitário, a maior parte, foram direccionados para a mobilização social, IEC, capacitação e formação.

Em termos de grupos alvos beneficiários dos sub-projectos da sociedade civil, 59% foram dirigidos à juventude; 29,9% à população em geral, 5,5% às PVVIH, 6,8% às mulheres, OEV e grupos em situação de vulnerabilidade.

Os principais domínios de intervenção da sociedade civil foram a mobilização social, a prevenção das IST por meio de informação, aconselhamento para o tratamento e testagem anónima e voluntária (TAV), o apoio psicossocial e atendimento a alguns grupos vulneráveis designadamente profissionais de sexo, UDI e crianças de rua, jovens e mulheres.

No geral, as iniciativas das empresas privadas centraram na componente IEC, informação sobre CDV, bem como na divulgação de aspectos jurídicos relacionados com a protecção dos direitos nos locais de trabalho. A promoção do acesso ao tratamento foi feita com encaminhamento para as estruturas de saúde pública.

A Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio

O programa, ao longo da sua duração, promoveu as actividades de apoio psicossocial, possibilitando, por essa via, a mitigação do impacto da epidemia sobre as pessoas portadoras do vírus, em especial aquelas pertencentes a segmentos da população considerada mais vulneráveis.

No quadro das intervenções nesse domínio, foram beneficiadas 263 PVVIH e respectivas famílias, tendo sido prestado os seguintes serviços: visitas ao domicílio; apoio na melhoria de condições das habitações; apoio na criação de actividades geradoras de rendimento; apoio nutricional e apoio para despesas escolares, transporte, alimentação e acompanhamento a domicílio.

Em termos de intervenção junto de usuários de drogas, o programa apoiou 25 tóxico-dependentes dos quais 5 são seropositivos.

Além disso houve algumas sessões de aconselhamento e atendimento em IST-VIH-SIDA junto dos seguintes públicos alvos: profissionais de sexo, reclusos, órfãos e crianças em situação de vulnerabilidade.

Prevenção da Transmissão Vertical

A prevenção da transmissão vertical – PTV, iniciou-se em 2005 com a formação do pessoal, com a criação nos centros de saúde reprodutiva dos serviços de prevenção de transmissão do VIH de mãe para filho e com a elaboração do protocolo PTV.

Em média são esperadas, anualmente 12000 grávidas aos serviços de saúde reprodutiva e destas cerca de 1% são seropositivas.

Das esperadas, 85% chegam às estruturas de saúde e são aconselhadas e oferecidas testes anti-VIH.

As mães pobres e vulneráveis recebem o apoio dos substitutos de leite materno e a sua criança é seguida acompanhada nos cuidados pediátricos.

**Testes para Detecção do VIH:
acessibilidade, cobertura,
estudos populacionais**

Em todas as delegacias de Saúde do país são prestados serviços de testagem anónima e voluntária do VIH às pessoas que queiram livremente conhecer o seu seroestatuto mediante aconselhamento pré e pós-teste, através de realização de testes rápidos. Os contactantes dos seropositivos também são aconselhados a fazer o teste.

Nos Laboratórios Elisa dos Hospitais centrais são realizados testes aos pacientes hospitalizados, aos candidatos à doação de sangue, entre outros.

De 2005 a 2009, o país passou de 6 para 28 centros de aconselhamento e rastreio de VIH, tanto no meio rural como urbano.

Nos Centros de Saúde Reprodutiva, são aconselhadas e oferecidas testes rápidos às grávidas, nas primeiras consultas pré-natais, tendo aumentado a cobertura de serviços de 13% para 80%.

A partir de 2008 até a presente data, a ONG VERDEFAM, passou a complementar os serviços, oferecendo aconselhamento e testagem nas comunidades das ilhas de Santiago, São Vicente, Sal e Fogo.

Boas práticas

Nota-se ao nível do país uma tendência crescente ao nível da execução de todas as estratégias, incluindo a prevenção, tratamento e apoio psicossocial visando reduzir a transmissão do VIH e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com VIH.

Como boas práticas citamos:

- A integração de acções de prevenção, aconselhamento e despistagem anónima e voluntária em todos os projectos de infraestruturização do país abrangendo os trabalhadores das obras e as comunidades beneficiárias;
- A integração de conteúdos VIH nos currícula e programas de todas as escolas primárias e secundárias ;
- A oferta do teste de despistagem do VIH a todas as mulheres grávidas. Como consequências, depois de 2005 foi possível observar uma evolução bastante positiva da taxa de cobertura do teste em mulheres grávidas, a saber : 13% em 2005, 51% em 2006 e aproximadamente 65% em 2007. Em 2008 a cobertura foi de 61% e em 2009 de 85%.

4. Perspectivas futuras

As estratégias de intervenção deverão contemplar as diferentes realidades encontradas no contexto cabo-verdiano afirmando-se a urgência de iniciativas de enquadramento de grupos vulneráveis como jovens, reclusos, profissionais e trabalhadores de sexo, usuários de drogas, migrantes tendo em conta uma abordagem integrada e multisectorial.

Deverão ser privilegiadas, acções de IEC e de aconselhamento nos locais de trabalho, nas escolas, nos centros de juventude e nos círculos de cultura; programas educativos e informativos nas rádios e televisão nacionais; reforço de capacitação do pessoal da saúde em aconselhamento e atendimento em IST/VIH; integração efectiva de conteúdos IST-VIH nos currículos escolares; Promoção de pesquisas em VIH; reforço de seguimento psicossocial de pacientes; monitorização de carga viral em PVVIH; reforço de meios materiais e humanos para a aplicação de política integrada a populações concentradas; reforço do sistema de seguimento e avaliação e de vigilância de segunda geração.

É fundamental que a estratégia de prevenção primária de IST-VIH seja reforçada e consolidada.

Obstáculos e Desafios

Apesar da baixa taxa de prevalência o país apresenta um risco de alastramento da doen-

ça muito elevado, por causa da taxa elevada de comportamentos de risco da população igualmente por causa do nível socioeconómico da população em geral.

Dentre outros, são os seguintes os principais obstáculos à implementação de políticas e estratégias de luta contra o VIH/SIDA:

1. Insuficiência de recursos humanos para a gestão do Programa de Luta contra a SIDA no Ministério da Saúde;
2. Insuficiência e sobrecarga de pontos focais nos diversos ministérios, mas também ao nível dos municípios e ONGs para a implementação dos planos sectoriais;
3. Insuficiência de recursos humanos qualificados no domínio do seguimento e avaliação dos programas a todos os níveis;
4. Insuficiência de recursos financeiros para implementação do Plano estratégico Nacional de luta contra o VIH/SIDA para o período de 2006-2010 ;
5. Dificuldades de penetração e identificação junto das populações de maior risco, particularmente os profissionais de sexo e homens que fazem sexo com homens;
6. Fraca integração da abordagem género nas acções e intervenções de luta contra o VIH/SIDA.

GUINÉ-BISSAU



1. Contexto Nacional

Situada na Costa Ocidental da África, a Guiné-Bissau cobre uma superfície de 36.125 km² dividida entre o território continental e o Arquipélago dos Bijagós, este composto por cerca de 90 Ilhas.

Devido ao conflito armado que assolou o país em 1998 e as constantes perturbações de ordem política e militar, a população manteve-se estacionária entre 1979 e 2008, em torno de 1,5 milhões. A Guiné-Bissau é jovem em quanto país independente e a sua população, constituída por 48% das pessoas com menos de 15 anos de idade e 63,3% com menos de 25 anos, é igualmente considerada jovem. As mulheres representam mais da metade da população, cerca de 51%, e a taxa de fecundidade é considerada relativamente alta. A esperança de vida à nascença é de 45 anos e a mortalidade infantil rondou os 200 mortos por cada 1.000 habitantes em 2005.

Do ponto de vista administrativo, o país está dividida em oito regiões: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 sectores e um Sector Autónomo (cidade de Bissau), capital política, económica e administrativa do país. Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Cacheu e a capacidade logística do Ministério da Saúde em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se

essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresenta-se com 11 regiões sanitárias, incluindo o Sector Autónomo de Bissau.

As 11 regiões sanitárias foram divididas em 114 áreas sanitárias (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, mais de 40% da população vive a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de cuidados primários de saúde mais próximas, o que os restringe o acesso aos serviços de saúde.

A economia do país é baseada, primariamente, na agricultura, que constitui cerca de 80% dos empregos. Guiné-Bissau tem passado por conflitos significativos o que debilitou o desenvolvimento da infra-estrutura económica e social do país, além de ter contribuído ao problema da pobreza. Na última década o país teve uma média de crescimento real do PIB em torno de 2.5%.

2. Situação Atual da Epidemia do VIH

A epidemia de VIH em Guiné-Bissau é considerada generalizada. Dados resultantes das projecções indicam que mais de 30 mil pessoas vivem com VIH, sendo na sua maioria adultos.

A epidemia é caracterizada pela **coexistência de dois vírus, VIH-1 e VIH-2**, cada um com perfil epidemiológico distinto. Os primeiros casos de infecção pelo VIH em Guiné-Bissau foram detectados em 1985-1986, dos quais todos eram infecções pelo VIH-2. Em 1987, o primeiro estudo feito na maternidade do Hospital Nacional revelou uma taxa de prevalência do VIH-2 que estava entre as maiores do mundo (**8,3%**), enquanto nenhum caso de VIH-1 tinha sido ainda identificado.

Resultados de **estudos em mulheres grávidas** no Hospital Nacional ao longo do tempo mostram uma queda progressiva da taxa de prevalência do vírus VIH-2, que chegou a atingir **2,7%** em 2004, enquanto, a taxa de prevalência do vírus VIH-1 aumentou progressivamente até 1998, estabilizando-se eventualmente ao redor de **5%** de 1999 em diante. Estatísticas hospitalares mostram que a taxa de prevalência do vírus VIH-2 reduziu-se a **2%** em 2006 e a **1,2%** em 2008, enquanto aquela do VIH-1 cresceu para **5%** em 2006 e **6,8%** em 2008. Outros estudos também mostraram as tendências de um crescimento na prevalência do VIH-1 e de um declínio na prevalência do VIH-2 para ambos os sexos durante os anos anteriores.

Em 1989 foi introduzido, em localidades urbanas em 7 das 8 regiões do país, e também

na capital Bissau, um **sistema nacional de monitoramento sentinela** entre mulheres grávidas. O estudo sentinela de 2009 incluiu 3.907 mulheres em 20 localidades diferentes urbanas e rurais, das quais 11 eram novas localidades. Esse foi o primeiro estudo que incluiu todas as regiões de Guiné-Bissau, e o único conduzido desde 2005 que mediu a prevalência do VIH em uma parcela representativa da população adulta. Resultados preliminares da análise de testes de 2009 mostraram uma taxa de prevalência geral de **6,45%** para o VIH-1 e/ou 2, **1,71%** somente para o VIH-2, e **5,17%** para o VIH-1 somente entre mulheres grávidas entre 15 e 49 anos. Este resultado é consistente com aquele de testes feitos no mesmo ano como parte do diagnóstico de rotina feitos para o programa de PTMF, ou com a segurança de transfusões de sangue (**6,6%** e **6,8%**).

A projeção mais recente feita com base no modelo do EEP, levou a uma estimativa de uma prevalência de **2,63%** do VIH-1 na população de 15-49 anos.

Diferencias Regionais

Os resultados do estudo sentinela para ambos os vírus VIH-1 e/ou VIH-2 estão na tabela 1 para cada região do país. A tabela 2 apresenta os resultados apenas para o vírus VIH-1.

Tabela 1**Prevalência do vírus VIH (1 ou 2) em mulheres grávidas em localidades sentinelas, Guiné-Bissau, 2001-2009.**

Região	2001	2002/2003	2005	2009*
Bafatá	9.1%		7%	10.3%
Cacheu	4.2%		7%	4.4%
Gabú	7.7%		5.1%	9.6%
Tombali	4.0%		4.5%	6%
Bissau		7.3%		7.5%
Biombo		2.6%		3.5%
Oio		4.9%		2.7%
São Domingos				3%
Bijagos				3.9%
Bolama				3.2%
Quinara		4.3%		5.8%

Fonte: UNGASS Country progress report, 2010

Notas: *resultados preliminares.

Tabela 2**Prevalência do VIH-1 entre mulheres grávidas em estudos sentinelas de 2001 a 2009, Guiné-Bissau.**

Região	2001	2002/2003	2005	2009*
Bafatá	5.8%		6.0%	8%
Cacheu	2.2%		3.5%	3.5%
Gabú	3.9%		4.1%	8.7%
Tombali	2.5%		2.5%	4.8%
Bissau		5.1%		5.7%
Biombo		1.6%		2.6%
Oio		2.5%		1.9%
São Domingos				2.5%
Bijagos				3.4%
Bolama				3.2%
Quinara		3.1%		4.5%

Fonte: UNGASS Country progress report, 2010

Notas: *Resultados preliminares

Observa-se que, em algumas regiões – Gabu, Tombali, Biombo, Quinara - a prevalência do VIH (VIH1 e/ou VIH2) está aumentando. Em Bissau, Cacheu e Bafata a taxa está relativamente estável, enquanto na região de Oio, onde a prevalência é a menor, a taxa de prevalência está diminuindo. As duas regiões a leste do país, Bafata e Gabu, apresentam as maiores taxas de prevalência.

Considerando apenas o vírus VIH-1, observa-se que as regiões de Gabu, Bafata, Tombali, Quinara e Bissau apresentam as maiores taxas de prevalência, e que nas pri-

meiras quatro parece haver uma tendência de aumento durante os últimos quatro anos, enquanto na capital a prevalência se manteve relativamente estável.

Prevalência por faixa etária

A prevalência do VIH por faixa etária foi analisada entre mulheres grávidas entre 15 e 24 anos. A prevalência entre elas nessa categoria foi de 4,3% para o VIH-1 e/ou 2, e 4% somente para o VIH-1 (resultados preliminares de 2009).

Tabela 3

Prevalência do VIH por faixa etária e tipo de infecção em mulheres grávidas, 2009*, Guiné-Bissau.

Faixa etária	Número de mulheres grávidas	VIH-1	VIH-2	Prevalência total VIH
15-19 anos	905	3.5%	0.3%	3.6%
20-24 anos	1,234	4.4%	1.0%	4.8%
Total 15-24 anos		4.0%	0.7%	4.3%
25-29 anos	940	5.7%	2.1%	7.2%
> 30 anos	813	5.3%	3.0%	8.0%
Prevalência total (ponderada)		5.17%	1.71%	6.45%

Fontes: UNGASS Country progress report, 2010

Nota: *Resultados preliminares

Os dados da tabela 3 mostram que o vírus VIH-1 está presente em 3,5% das mulheres de idade entre 15 e 19 anos, com a maior prevalência para aquelas entre 25 e 29 anos, dentre as quais 5,7% estão infectadas. A prevalência do VIH-2 tende a aumentar em faixas de maior idade, chegando a um pico máximo entre mulheres que tem mais de 30 anos.

Co-infeções com Tuberculose

Um estudo levou a estimativa que, em 2002, a prevalência do VIH entre pacientes de tuberculose era de 38,8%, enquanto um estudo prospectivo de coorte descobriu que, em 2009, a prevalência do VIH naquela população era de 36,4% (25,7% para o VIH-1 e 10,7% para o VIH-2)

A tabela 4 mostra que das pessoas que são diagnosticados com tuberculose apenas 30% beneficiam-se de um teste de VIH.

Profissionais do Sexo

Em 2007 e 2009, foram refeitos estudos que visaram mensurar conhecimento, atitudes e comportamento relacionados ao VIH/SIDA, assim como a prevalência do VIH e de algumas DSTs entre profissionais de sexo. 175 profissionais do sexo foram investigados, dos quais 83 estavam na capital e 92 de quatro das outras regiões. A infecção do VIH foi medida em 165 dos participantes (77 em Bissau e 87 nas quatro regiões). Os resultados são mostrados na tabela 5.

Tabela 4

Casos de tuberculose, auto-reportados e diagnosticados com VIH em Guiné-Bissau, 2007-2009

	2007	2008	2009
Novos casos de tuberculose estimados	3,914	4,046	4,257
Novos casos de tuberculose verificados	1,963	2,100	2,188
Testados para o VIH	681 (34.7%)	540 (25.7%)	664 (30.3%)
VIH seropositivos	276	250	268
Percentagem de VIH-positivos	40.5%	46.3%	40.4%

Source: UNGASS Country progress report, 2010

Tabela 5**Prevalência entre profissionais do sexo em 2009, por faixa etária e localidade (pesquisa PSB 2009), Guiné-Bissau.**

Faixa etária	2007			2009		
	VIH-1	VIH-2	VIH-1 e/ou 2	VIH-1	VIH-2	VIH-1 e/ou 2
< 25 anos	6.1%	4.1%	10.2%	12.7%	0%	22.2%
25 anos ou mais	24.1%	17.7%	32.6%	28.7%	3%	49.5%
Localidade	VIH-1	VIH-2	VIH-1 e/ou 2	VIH-1	VIH-2	VIH-1 e/ou 2
Bissau	NA	NA	65.7%	32.5%	2.6%	54.6%
Outras regiões	NA	NA	16.9%	13.8%	1.2%	25.7%
Total	19.5%	14.2%	26.8%	22.6%	1.8%	39.6%

Fonte: UNGASS, 2010

Nota: NA indica que os dados não estavam disponíveis.

O estudo mostra um aumento na prevalência nesse grupo de alto risco, de 27,1% em 2007 para 39,6% em 2009. Nesse grupo há também disparidades regionais: en-

quanto em outras regiões que não a capital a taxa de prevalência mostrou a tendência ao aumento, a taxa na capital (Bissau) está em declínio (Tabela 6).

Tabela 6**Prevalência do VIH entre profissionais do sexo em 2009, por localidade (pesquisa PSB 2009), Guiné-Bissau.**

Localidade	Indivíduos VIH-positivos (VIH-1 e/ou VIH-2)	Amostra total	Prevalência
Bissau	42	77	54.6%
Buba	2	18	11.1%
Canhungo	12	38	31.6%
Gabu	7	26	26.9%
São Domingos	1	5	20.0%
Total	64	164	39.6%

Fonte: UNGASS, 2010

Conhecimento sobre o vírus

Na população geral, o conhecimento de que pessoas com boa saúde aparente podem ser seropositivas cresceu de 41,3% (2007) a 76,5% (2009) entre os menores de 25 anos, e 48,2% (2007) a 65,1% (2009) entre os de mais de 25 anos de idade. A proporção de indivíduos conscientes de que o VIH/SIDA pode ser prevenido pela utilização contínua de preservativos cresceu de 70% em 2007 para 94% em 2009. Estes resultados sugerem que a implementação dos programas de prevenção desde 2007 surtiram efeito.

Em Junho e Julho de 2010 foi efectuado o inquérito CAP transversal e quantitativo relativo ao VIH/SIDA. Foram seleccionadas aleatoriamente 20 tabancas em cada uma das 11 regiões sanitárias da Guiné-Bissau aonde foram

realizadas entrevistas individuais junto à população residente. Para além de dados socio-demográficos, foram recolhidas informações sobre os conhecimentos sobre as DST e VIH/SIDA, práticas sexuais e uso de preservativo. Participaram 4.341 pessoas (2.181 do sexo masculino e 2.160 do sexo feminino), sendo a metade jovem (15-24 anos) e a metade adulta (25-64 anos).

A grande maioria (92%) dos participantes, com idade entre os 15 e os 49 anos, declarou já ter ouvido falar das DST e 97% do VIH/SIDA. Em contrapartida, quando solicitados a indicar as DST que conheciam, somente 12% citaram outras DST que não o VIH, este último citado por 81%. Dos que citaram as outras IST, 64% citou esquentamento (alguns

Tabela 7

Proporção de jovens dos 15 aos 25 anos que conhecem pelo menos 2 vias de transmissão do VIH, Guiné-Bissau, 2010.

Estratos	n/N	Proporção* (%) e (95% IC)	OR* (95% IC)	p-value
Geral	486/2195	22 (18-26)	-	-
Meio urbano	252/813	29 (22-36)	2.14 (1.42-3.22)	0.000
Meio rural	231/1382	16 (13-19)	1	
Homens	298/1105	27 (22-32)	1.73 (1.33-2.26)	0.000
Mulheres	188/1090	17 (13-22)	1	

*Proporção ponderada por população jovem da região e desenho por conglomerado.
Fonte: Inquérito CAP, Guiné Bissau, 2010.

designaram por gonorreia), 19% mola, 14% sífilis. A mesma falta de conhecimento se verificou quando as questões eram concretas e as pessoas foram solicitadas a citar as formas de transmissão, com muito poucos demonstrando ter conhecimentos exactos sobre o VIH/SIDA. Dentre os jovens (15-24 anos), a proporção dos que citaram pelo menos 2 vias de transmissão do VIH foi de 22%. Mais uma vez, os homens (27% vs 17%) e os que vivem no meio urbano (29% vs 16%) demonstraram ter melhor conhecimento do VIH (Tabela 7).

Comparando os dados com estudos CAP de 2006 e 2008, no que concerne aos conhecimentos sobre as DSTt de uma forma geral, observou-se uma melhoria em 69% relativamente a 2006 (92% vs. 86%). Quanto ao VIH/SIDA o aumento também foi bastante significativo, saindo de 90% em 2006 a 97% em

2010. Contudo, relativamente a conhecimentos concretos sobre a transmissão do VIH (reconhecimento dos meios de transmissão e das formas erróneas de transmissão), não houve nenhuma alteração relativamente a 2008 (12% vs. 13%).

A pesquisa feita entre profissionais do sexo em 2009 fez algumas questões relacionadas ao **conhecimento relacionado ao VIH/SIDA** e comportamentos sexuais. A tabela 8 mostra os resultados obtidos para o conhecimento sobre o VIH/SIDA entre profissionais do sexo. No total, 31,4% dos indivíduos respondeu corretamente a todas as cinco questões.

Comportamento Sexual

Dos 3.656 respondentes do estudo CAP com idade entre os 15 e 49 anos, 50% dis-

Tabela 8

Percentagem de profissionais do sexo que identificaram corretamente os métodos de prevenção do risco de transmissão sexual do VIH e que rejeitam a maioria das ideias incorretas em relação à transmissão do vírus, por faixa etária, Guiné-Bissau, 2009.t

Relações sexuais monogâmicas com parceiro não-infectado	68.4%
Utilização de preservativos em qualquer contacto sexual	94.2%
Uma pessoa que aparenta boa saúde pode ser seropositiva	69.4%
Uma picada de mosquito não transmite VIH	67.2%
O VIH não pode ser transmitido ao compartilhar uma refeição com uma pessoa infectada	87.9%
Total	31.4%

se já ter tido, alguma vez na vida, relação sexual ocasional sem grandes diferenças relativamente ao meio de residência (51% no urbano vs 49% no meio rural), mas com uma diferença significativa de quase três vezes mais entre os homens (63%) em relação às mulheres (38%). Quanto à relação sexual de alto risco, a proporção de indivíduos dos 15 aos 49 anos de idade que teve relação sexual ocasional nos últimos 12 meses foi de 35%. Não se verificou diferenças relativamente ao meio de residência entretanto, mais uma vez os homens tiveram 2 vezes mais relações de alto risco do que as mulheres (44% vs 25%). Esta diferença pode mostrar um comportamento mais libertino

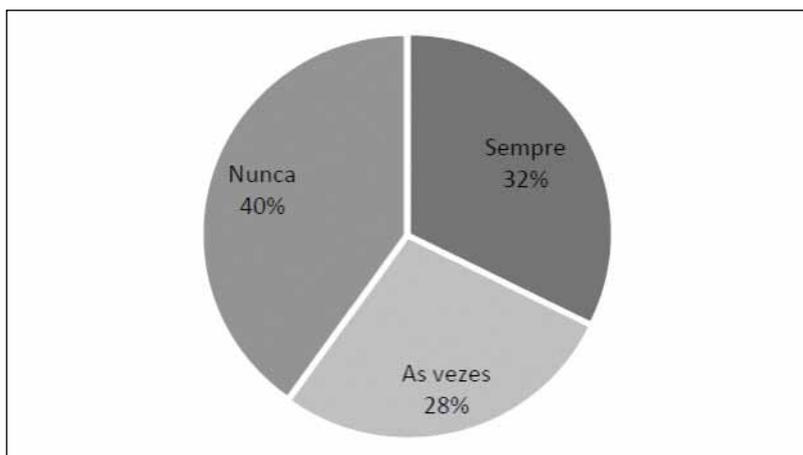
por parte dos homens, mas também poderia simplesmente refletir o grau de abertura destes em admití-lo.

Dentre os que tiveram relações sexuais ocasionais nos últimos 12 meses, cerca de 59% dos indivíduos com idade entre os 15 e 49 anos utilizaram preservativo durante essa relação. Os homens e os indivíduos que vivem no meio urbano utilizaram duas vezes mais o preservativo.

Quando questionados sobre o hábito de utilização do preservativo durante as relações sexuais ocasionais, 40% dos inquiridos responderam que nunca o utilizam, enquanto que 28% utilizam-no às vezes e somente 32% afirmaram usar sempre (Gráfico 1).

Gráfico 1

Hábito de utilização de preservativo nas relações sexuais ocasionais, Guiné-Bissau, 2010.



Fonte: Inquérito CAP, Guiné Bissau, 2010.

3. Resposta Nacional

Testagem do VIH

A testagem voluntária do VIH tem sido feita desde 2001, e o número de centros que oferecem esse serviço aumentou gradativamente com o tempo, de 33 em 2007 para 44 em 2008 e 62 em 2009. O número de pessoas testadas durante o período de 2008-2009 está apresentado na tabela 9. Esse número não inclui mulheres grávidas testadas dentro do contexto da PTMF.

Entre 2008 e 2009, o número de indivíduos testados para o VIH caiu em quase 24%,

de 13.132 para 10.343 indivíduos. Essa queda deveu-se principalmente ao menor número de mulheres (-28%), e a indivíduos de idade entre 15 e 24 anos (-32%) que fizeram o teste, o que pode ser parcialmente explicado pela escassez no estoque de testes de VIH que aconteceu no início de 2009. Por outro lado, a categoria de indivíduos com menos de 15 anos aumentou 26% em aconselhamento e 30% em testagem.

Em 2010, com a finalidade de aumentar o número de pessoas que conheçam o seu esta-

Tabela 9

Número de pessoas que receberam aconselhamento e testagem voluntária para o VIH em 2008 e 2009, Guiné-Bissau.

Gênero	2008				2009			
	Pessoas aconselhadas	Pessoas testadas	Indivíduos seropositivos	% de testados positivos	Pessoas aconselhadas	Pessoas testadas	Indivíduos seropositivos	% de testados positivos
Masculino	6,613	5188	1,143	22.0%	5,436	4272	1,048	24.5%
Feminino	9,720	8,409	2,254	26.8%	7,663	6,071	1,982	32.6%
Faixa Etária	2008				2009			
	Pessoas aconselhadas	Pessoas testadas	Indivíduos seropositivos	% de testados positivos	Pessoas aconselhadas	Pessoas testadas	Indivíduos seropositivos	% de testados positivos
< 15	576	542	140	25.8%	724	703	147	20.9%
15-24	4,736	3,985	475	11.9%	3,770	2,727	403	14.8%
>= 25	11,021	9,070	2,782	30.7%	8,605	6,913	2,480	35.9%
Total	16,333	13,132	3,397	22.4%	13,099	10,343	3,030	29,3%

tuto serológico, foi realizado uma campanha nacional de testagem. A referida campanha teve lugar, numa primeira fase, nos principais Centros de Ensino da capital e, na 2ª fase, no interior do país totalizando mais de 24 mil testes e uma taxa de prevalência de 2,7% (Tabela 10). No cômputo geral, até finais do terceiro trimestre de 2010, já foram testadas mais de 85.564 pessoas.

Tabela 10

Resultados da Campanha Nacional de Testagem de 2010, Guiné-Bissau.

Faixa etária	VIH+		Total de pessoas despistadas e que conhecem o resultado
	#	%	
< 20 anos	99	0.9%	10,725
de 20 a 24 anos	169	2.3%	7,410
de 25 a 29 anos	113	4.0%	2,826
de 30 a 34 anos	84	6.3%	1,326
de 35 a 39 anos	67	8.7%	772
de 40 a 49 anos	92	9.9%	926
de 50 e + anos	34	10.5%	325
Total Geral	658	2.7%	24,310

Fonte: Secretariado Nacional de Luta Contra SIDA, Guiné Bissau.

Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho (PTMF)

A oferta de serviços de PTMF aumentou substancialmente ao longo dos últimos dois anos. Atualmente, encontram-se centros de PTMF em todas as regiões do país, e o número de centros de testagem aumentou de 13 em 2007 para 23 em 2008, e finalmente para 53 em 2009.

O número dos centros que oferecem terapia antiretroviral preventiva para mulheres grávidas com VIH aumentou de 5 em 2008 para 28 em 2009. Ao final de 2009, existiam mais de 15 centros nos quais crianças nascidas de mães seropositivas recebem tratamento antirretroviral.

O número total de mulheres que utilizou a estrutura de saúde para a primeira consulta pré-natal, o número delas utilizando serviços de PTMF, assim como o número de mulheres aconselhadas e testadas é apresentado na tabela 11:

Tabela 11

Número e percentagem de mulheres grávidas que foram testadas para o VIH, Guiné-Bissau, 2007-2009.

	2007	2008	2009
Número total de mulheres grávidas que fizeram consulta pré-natal no país	42,127	40,986	42,998
Número de mulheres grávidas que se fizeram consulta pré-natal em centros que ofereciam testagem	9,930	13,206	19,982
Número de mulheres grávidas aconselhadas e testadas	6,886	8,235	13,864
Percentagem testada	16.3%	20.1%	32.2%

Source: UNGASS, 2010

Os resultados mostram que, desde 2007, o número de mulheres grávidas que fizeram o teste do VIH aumentou significativamente, isto é, de 6.886 em 2007, a 8.235 em 2008 para 13.864 em 2009. Isso deveu-se a um aumento na cobertura dos serviços de PTMF.

Programas para a prevenção de VIH/SIDA em segmentos populacionais de maior risco

Em Guiné-Bissau existem quatro organizações que implementam programas para a prevenção do VIH/SIDA entre profissionais do sexo: ENDA Terceiro Mundo, Projecto de Saúde Bandim, a AGMF e “Collectividade Nobreza”. Estes programas incluem actividades de provimento de informação em VIH/SIDA, mensagens para mudança comportamental (principalmente utilizando a abordagem de educação pelos pares), a promoção e distribuição de preservativos e, desde 2008, tratamento e aconselhamento para DSTs.

Uma pesquisa foi conduzida, em 2009, entre profissionais do sexo, para coletar informação sobre o acesso aos serviços relacionados ao VIH/SIDA. A tabela 12 mostra um resultado desta pesquisa.

Tabela 12

Percentagem de profissionais do sexo que receberam preservativos em 2009, Guiné-Bissau.

Faixa etária	Percentagem que recebeu preservativos
< 25 anos	38.1%
≥ 25 anos	65.4%
Total	55.3%

Fonte: UNGASS, 2010

No total, mais de 50% das trabalhadoras do sexo entrevistadas afirmaram ter recebido preservativos, e aquelas com mais de 25 anos tem beneficiado mais desse serviço.

Fundos alocados à resposta contra o VIH/SIDA

A Guiné-Bissau recebe apoio financeiro internacional para fins de combate ao VIH/SIDA, cujas fontes são resumidas na tabela 13 abaixo para os anos 2008 e 2009. Os resultados indicam que a luta contra o VIH/SIDA em Guiné-Bissau é financiada principalmente pela comunidade internacional (81% dos gastos em SIDA em 2008). Os recursos governamentais são direcionados à resposta à epidemia por meios de infraestrutura estatal e recursos humanos (representando 7% das despesas), mas a maioria do equipamento, remédios, produtos químicos e outros materiais são financiados pelo apoio internacional. O financiamento privado respondeu por 12% das despesas em 2008.

Tabela 13

Gastos no combate ao VIH/SIDA por fonte (US\$), 2008 e 2009, Guiné-Bissau.

Source	2008	2009
Banco Mundial	860,245	62,088
Fundo Global	400,593	2,215,433
MAP	291,389	8,191
UNFPA	284,361	5,306
UNICEF	111,749	789,385
Outros fundos multilaterais	29,239	139,241
Comissão Europeia	98,741	0
Governo Brasileiro	335,893	1,139,967
Governo Italiano	229,322	0
Governo Sueco	80,124	69,534
Governo Português	138,761	267,279
Governo dos Estados Unidos	93,997	0
Cruz Vermelha	89,417	114,701
Plano Internacional	190,871	0
Outras ONGs e fundos internacionais	144,425	24,549
Governo	266,724	237,961
Despesas domésticas	477,727	467,091
Total	4,129,577	5,542,714

Fonte: UNGASS, 2010

Nota: MAP é o Programa de SIDA Multi-nacional (Multi-Country SIDA program)

* Taxa de câmbio em 2008: 1 USD=441.24 CFA; 2009: 1 USD=471.14 CFA

Entre 2008 e 2009, as despesas em VIH/SIDA aumentaram em 48,4%. Durante esse período, o financiamento do Banco Mundial e do Programa Multinacional em SIDA (MAP) acabou, enquanto o financiamento pelo Fundo Global aumentou 6 vezes, com um aporte

de 44 milhões de dólares ao fim de 2008. Outros financiadores importantes durante esse período foram o governo brasileiro (20% em 2009), por meio de doações de antirretrovirais genéricos. Agências da ONU (mais especificamente UNICEF, UNFPA, MAP, UNDP, ONUSIDA e OMS), e certos países como Itália, Suécia e Portugal, além de algumas agências de cooperação bilateral e ONGs internacionais, foram também fontes importantes de financiamento. Apesar do governo de Guiné-Bissau ter sido responsável por apenas 7% do financiamento, ele tem poder sobre a alocação de 30% dos recursos, seguido pelos SNLS, como estruturas de coordenação nacional.

Tabela 14

Gastos no combate ao VIH/SIDA por categoria, 2008 e 2009, Guiné-Bissau.

Fonte	2008	2009
Prevenção	41%	25%
Tratamento e cuidado	26%	27%
Órfãos e crianças vulneráveis	1%	2%
Construção de capacidade de gerenciamento	23%	34%
Treinamentos/Recursos Humanos	0%	1%
Proteção social e serviços sociais	0%	0%
Meio-ambiente e desenvolvimento da comunidade	5%	9%
Pesquisa	5%	3%
Total	100%	100%

Fonte: UNGASS, 2010

O detalhamento das despesas para 2008 mostra que as ações preventivas receberam a maioria do financiamento em 2008, enquanto em 2009 o volume e proporção do financiamento alocado para prevenção diminuiu (de 41% para 25%). As ações em cuidado e tratamento apresentaram um crescimento ligeiro (Tabela 14). Em 2008, gastos em retrovirais representaram 12,7% das despesas nacionais.

4. Perspectivas futuras

Os principais obstáculos à Resposta Nacional à epidemia de VIH/SIDA são:

Obstáculos técnicos

- A cobertura e eficiência de programas de prevenção continuam ser insuficientes. Apesar das intervenções para a prevenção do VIH/SIDA existirem na maioria das regiões, tais intervenções não alcançam todas as populações necessitadas;
- A maioria das intervenções é feita por organizações da sociedade civil, nas quais há uma necessidade de reforço de estratégias de comunicação, de coerência de mensagens, e do foco em comportamentos-chave;
- O programa de Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho (PTMF) encontrou algumas dificuldades devido a sua descentralização da capital. Além disso, existem problemas logísticos, como escassez de estoque, o fato de que apenas 39% das mulheres grávidas dão à luz no sistema de saúde e limite ao acesso da população;
- Descontinuidades no estoque de antirretrovirais;
- Programas de tratamento e cuidado são limitados em grande parte à capital, e falta ainda coordenação com centros de saúde;
- A falta de uma estratégia nacional de comunicação para a mudança de comportamentos relacionados ao VIH/SIDA;
- A falta de conhecimento em relação à prevalência exata do VIH no país, e a complexidade adicional devida à presença dos dois tipos de vírus na população produz uma incerteza na população na percepção da realidade da epidemia, que teve efeitos negativos na estratégia nacional de combate à epidemia e
- A falta de recursos humanos.

Obstáculos contextuais

- O clima de instabilidade política e violência entre novembro de 2008 e 2009 causou problemas no fornecimento de serviços e na capacidade de lidar com problemas pré-existentes;
- A discriminação em relação a indivíduos seropositivos;
- A legislação e o ambiente regulatório é desfavorável para a proteção dos direitos humanos e
- Insuficiência de organizações que actuem com foco nas populações vulneráveis.
- de recursos estrategicamente, mais especificamente de um ponto de vista geográfico, e focando em certas populações-alvo;
- Inclusão de treinamento sobre VIH no setor político e no currículo educacional, após iniciativas-piloto;
- Implementação de uma estratégia nacional de comunicação para a mudança de comportamentos relacionados ao VIH com mensagens baseadas em estudos sócio-comportamentais no país, em diferentes grupos populacionais;

Medidas corretivas que devem ser tomadas para a superação desses obstáculos incluem:

- Melhoria do acesso à testagem voluntária, e aumento na cobertura através de estratégias integradas de testagem;
- Desenvolvimento de programas para tratamento e serviços integrados para tuberculose e VIH, e melhora do sistema de testagem para tuberculose entre pacientes de VIH;
- Melhoria dos programas-piloto de promoção do conhecimento sobre VIH/SIDA e alocação
- Desenvolvimento dos serviços de PTMF e de tratamento de DSTs no contexto do cuidado pré-natal, notadamente desde a primeira consulta pré-natal, para o aumento do acesso ao tratamento antirretroviral para mulheres em programas de PTMF, e diagnóstico e tratamento prematuro para crianças;
- Asseguramento do fornecimento de antirretrovirais e de testagem regular de um modo sistemático, incluindo a implementação de soluções inovadoras, como a introdução de um sistema de estoques de emergência;

- Desenvolvimento de programas de prevenção para todos os segmentos populacionais de maior risco e
- Obtenção de melhor conhecimento na mortalidade hospitalar devida ao VIH, para uma melhor organização, financiamento e melhoria da qualidade dos serviços de saúde providos às PVVIH em casos graves.

MOÇAMBIQUE



1. Contexto Nacional

A República de Moçambique é uma extensa varanda ao Oceano Índico com mais de dois mil km² de extensão. De acordo com os dados do censo populacional de 2007, o território é habitado por 20.226.296 de pessoas, das quais, mais da metade são do sexo feminino, ou seja, cerca de 100 mulheres para 91 homens.

Num intervalo de 10 anos (1997-2007) a população moçambicana cresceu em cerca de 28%, o que significa que houve um incremento de 4.454.000 habitantes.

A população de Moçambique é descrita como um mosaico cultural em homenagem à sua diversidade étnica e cultural. Embora todos pertençam ao grande grupo bantu que predomina na África subsaariana, subsistem algumas diferenças entre as principais tribos, nomeadamente, Macuas, Senas, Xonas, Tsongas, Macondes e Ndaus.

Moçambique foi abalado por catástrofes, nas últimas décadas, caracterizadas por guerras de desestabilização, especificamente, as invasões do Governo colonial da então Rodésia do Sul, hoje Zimbábue, e as investidas do então regime de apartheid da África do Sul. Por outro lado, as cíclicas cheias e secas tornaram Moçambique um dos países mais vulneráveis e enfraquecidos no seu tecido socioeconómico.

Desde o final da última guerra, em 1992, o governo empreendeu medidas de reconstrução pós-conflito que impulsionaram o crescimento económico. O país alcançou uma taxa média anual de crescimento de 8% entre 1994 e 2007, e, como resultado disso, o índice de pobreza caiu 15 pontos percentuais entre 1997 e 2003, e a mortalidade infantil e de crianças com menos de 5 anos pode ser reduzida em 35%. O número de matrículas na escola primária aumentou em 65%.

O sistema de saúde está em franca reorganização, embora a mortalidade infantil ainda se situe em 107,84 mortes por 1.000, e 1 médico para 25 mil habitantes.

Moçambique tem mais de 1.5 milhões de Pessoas Vivendo com VIH e SIDA destas, a maioria são mulheres, e estima-se que ocorrem mais de 90 mil mortes por ano devido a esta doença. O impacto socioeconómico da epidemia tem se traduzido na redução da força de trabalho, sobrecarga do sistema de saúde e um número elevado de crianças órfãs e vulneráveis. Em 2008, aproximadamente 463.000 crianças perderam o pai, a mãe ou ambos devido ao SIDA, um número que pode crescer até 558.000 em 2010.

2. Situação Atual da Epidemia do VIH

Em Julho de 2010 foram revelados os resultados do primeiro Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o VIH e SIDA (INSIDA). A representatividade da amostra do INSIDA e a elevada taxa de cobertura da testagem durante o inquérito permitem, pela primeira vez, uma estimativa fiável da dimensão da epidemia do VIH. Os principais resultados do inquérito indicam que a prevalência da infecção pelo VIH na população de 15-49 anos de idade em Moçambique é de 11,5%. A prevalência entre mulheres é superior à prevalência entre os homens (13,1% e 9,2%, respectivamente) e o risco de infecção por VIH entre adultos de 14 – 49 anos é superior entre os residentes das áreas ur-

banas (15,9%) comparativamente aos residentes de áreas rurais (9,2%) - Gráfico 1.

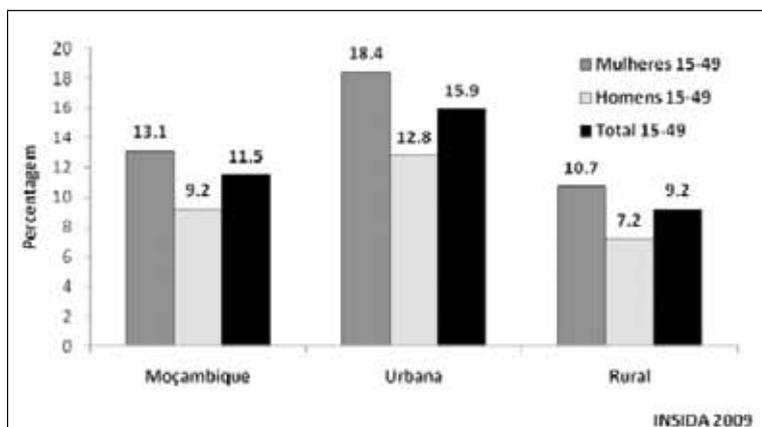
Dentro do próprio país, porém, há diferenças na epidemia dentre as três regiões: Norte, Centro e Sul. A prevalência estabilizou-se num nível mais baixo na região Norte, incluindo a província de Inhambane, tendeu à estabilização e redução no Centro do país e aumentou na região Sul e na província de Zambézia. A Província de Gaza mostrou a prevalência mais alta entre adultos de 15-49 anos, com 25,1%. Niassa mostrou a prevalência mais baixa entre adultos 3,7%.

Porém, mesmo se os dados obtidos com o Inquérito Nacional de Prevalência são mais

confiáveis, uma das ferramentas mais importantes na avaliação epidemiológica do SIDA é a análise de tendências de incidência e prevalência em uma população. Como dispomos da base de dados mais confiável somente a partir de julho de 2010, para a análise das tendências dos anos anteriores é necessário usar os dados obtidos pelo método indireto, cuja população era somente a de mulheres utentes.

Gráfico 1

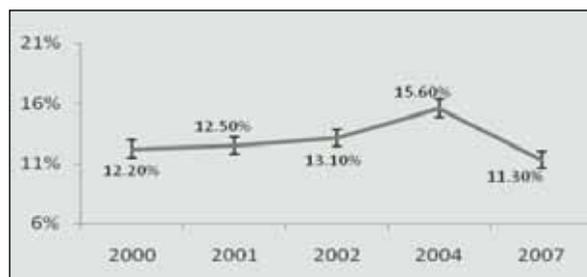
Prevalência do VIH por residência (mulheres e homens de 15-49 anos)



De acordo com os dados recolhidos para o Relatório 2009 do Conselho Nacional de Combate ao SIDA, CNCS, a prevalência do VIH nas utentes das Consultas Pré Natal, CPN, entre os 15 e os 24 anos de idade atingiu 15,6% em 2004, depois de se ter registado entre 12,2% no ano 2000 e 13,1% em 2002. Dados da Ronda de Vigilância Epidemiológica, RVE 2007, revelam um decréscimo para 11,3% (Gráfico 2).

Gráfico 2

Tendência da incidência do HIV por método indirecto (prevalência do HIV entre as utentes das CPN de entre os 15 e os 24 anos)



Fonte: CNCS (2009) Relatório UNGASS 2008

Tabela 1

Estimativa da taxa de prevalência do VIH entre mulheres grávidas (15-49 anos de idade) que frequentam as CPNs, por região e nacional, Moçambique, 2002-2009, (baseado no modelo de EPP, sem calibração).

Região	2002	2004	2007	2009
Sul	16% (12%-18%)	19% (14%-21%)	21% (16%-23%)	21% (17%-25%)
Centro	18% (17%-20%)	19% (17%-21%)	18% (17%-12%)	18% (14%-21%)
Norte	8% (6%-9%)	9% (7%-19%)	9% (7%-10%)	9% (7%-11%)
Nacional	15% (13%-15%)	16% (14%-16%)	16% (14%-17%)	15% (14%-17%)

[Fonte: MISAU/INS, 2009] Os dados do modelo do Pacote de Estimativas e Projecções (EPP) não estão calibrados. Os de 2009 foram calculados com a nova versão do EPP, embora os dados das rondas anteriores sejam apresentados como no relatório UNGASS 2008. Os limites apresentados mostram o intervalo de valores plausíveis que poderá ter cada estimativa, e foi feito utilizando a análise de incerteza (*uncertainty analysis*) do programa Spectrum. (relatório UNGASS 2009)

Isto revela que a nível nacional, a incidência do VIH pode estar a decrescer, mas mesmo assim continua das mais altas do mundo.

A análise dos dados da prevalência do VIH nas utentes das CPN entre os 15 e os 24 anos de idade sugere que a epidemia, a nível nacional, parece estar a estabilizar-se desde 2004 (Tabela 1).

O exercício de triangulação de dados da epidemia do VIH e SIDA mostra uma diferenciação na manifestação da epidemia nas três regiões; a prevalência estabilizou num nível mais baixo na região Norte incluindo a província de Inhambane, tendência de estabilização e redução no Centro do país e um aumento na região Sul do país e província da Zambézia. A Incidência aumentou na Cidade e províncias de Maputo e Gaza e partes da Província da Zambézia /Corredor da Beira, e nas cidades de Quelimane e Pemba e no Distrito de Mabote.

De acordo com as previsões para 2008, cerca de 355 pessoas adultas dos 15 aos 49

anos infectavam-se diariamente. Em termos anuais, estimou-se para 2009 cerca de 129.018 novas infecções, a região Norte com cerca de 21.122 novas infecções de ambos sexos, Centro com 66.891 e Sul com 41.005 (Impacto Demográfico 2008).

Considerando a via de transmissão de mãe para filho, cerca de 85 crianças contraem o vírus que causa o SIDA diariamente. A distribuição dessas novas infecções diárias por região é a seguinte: 55 no Norte, 180 no Centro e 120 no Sul. Quanto às crianças, a região Norte deve ter registrado cerca de 20 crianças, Centro 50 e Sul 15 crianças (Impacto Demográfico 2008).

A transmissão heterossexual do VIH continua responsável pela maioria de novas infecções pelo VIH nos adultos. Os resultados do relatório sobre Modos de Transmissão (MOT 2009) demonstram que:

1. Indivíduos com um parceiro sexual nos últimos 12 meses contribuem para o aumento das novas infecções em Moçambique entre 42 a 47%, ex: casais discordantes (em que um dos elementos do casal é VIH-positivo e o outro VIH-negativo),
2. Os parceiros múltiplos são responsáveis por cerca de 24 -29%;
3. Trabalhadores de sexo (TS) contribuem com cerca de 2% da incidência do total anual; v) clientes dos Trabalhadores de Sexo com cerca de 7%; parceiros regulares dos clientes dos trabalhadores de sexo com cerca de 10%.
4. Parceiros regulares dos clientes dos trabalhadores de sexo com cerca de 10%;
5. Homens que praticam sexo com outros homens (HSH), com 5%;
6. Usuários de drogas injetáveis contribuem aproximadamente com 3%. Os equipamentos de injeção podem ser responsáveis em 2% da incidência total anual e as transfusões de sangue apesar de fraca incidência com menos de 1%.
7. O INSIDA indica que apesar das melhorias significativas no conhecimento e atitudes em relação ao VIH e SIDA, desde 2003, apenas um terço da população moçambicana de 15-49 anos de idade tem conhecimento compreensivo sobre a epidemia e somente 18 por cento desta, expressa atitudes de aceitação em relação às pessoas que vivem com o VIH e SIDA.

Os últimos estudos apontam que a falta de informação sobre a epidemia, juntamente com um preconceito em relação às pessoas que vivem com VIH/SIDA, contribuem fortemente para a vulnerabilidade da população.

Tabela 2

Percentagem de rapazes e raparigas dos 15–24 anos de idade que tanto identificam de forma correcta os modos de prevenção da transmissão sexual de VIH como rejeitam as principais concepções erróneas sobre a transmissão de VIH, por sexo e grupo etário

Método de Medição	Todos dos 15-24	Valores Desagregados			
		Sexo		Idade	
		Masculino	Feminino	15-19	20-24
Numerador: Número de inquiridos dos 15–24 anos de idade que tanto identificam de forma correcta os modos de prevenção da transmissão sexual de VIH como rejeitam as principais concepções erróneas sobre a transmissão de VIH.	1 281	534	746	626	656
Denominador: Número de todos inquiridos dos 15–24 anos de idade	3 677	1 586	2 091	1 850	1 826
Valor do Indicador: Percentagem	34,8%	33,7%	35,7%	33,8%	35,9%

[Fonte: INSIDA, 2009]

A tabela 2 mostra dados sobre os conhecimentos de rapazes e raparigas dos 15–24 anos de idade sobre o VIH.

Os dados mostram um crescimento relativamente a 2003 (22,3%). A grande desproporção que se registava naquela data, em termos de género (20% das mulheres e 33% dos homens), parece agora tender a equilibrar (35,7% das mulheres e 33,7% dos homens).

Como condutores chave da epidemia se podem mencionar parceiros múltiplos e concomitantes; a utilização baixa e inconsistente do preservativo; baixos níveis de circuncisão masculina na maioria das províncias do Centro e do Sul; a mobilidade e migração por

trabalho, comércio e formas de sustento; trabalho sexual desprotegido; comportamentos de alto risco entre os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) e equipamento de infecção de drogas não esterilizado. Outros condutores são vulnerabilidades e fatores de risco no casal, na comunidade e ao nível macro que contribuem para a epidemia do VIH. Estes incluem a desigualdade do género e crenças sobre a sexualidade masculina; a violência doméstica e abuso sexual; o sexo transacional; tabus e barreiras relativas à comunicação do casal sobre sexo; as relações de disparidade relativas à idade e nível económico; abuso do álcool e trabalho migratório.

3. Resposta Nacional

Atualmente já está em vigor o **Plano Estratégico Nacional III (PEN III – 2010-2014)**, aprovado pelo governo em março de 2010, cujo enfoque é contribuir para a redução do número de novas infecções pelo VIH em Moçambique, a promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com o VIH e SIDA e a redução do impacto do SIDA nos esforços de desenvolvimento nacional.

A essência do **PEN III** reafirma os princípios orientadores da multissetorialidade da resposta, respeito pelos direitos humanos, orientação para resultados informados por evidências, economia de recursos, observância dos compromissos assumidos, centralidade da comunicação e *moçambicanização* da mensagem, e governação estratégica da resposta centrada no aproveitamento de mecanismos e estruturas legalmente estabelecidas no contexto da descentralização das intervenções.

Estes princípios orientadores deverão nortear a implementação das ações estratégicas sintetizadas em quatro principais componentes que compõem o **PEN III**, para além da componente transversal da orientação da resposta e reforço de sistemas de provisão de serviços nos diversos setores, incluindo comunidades. A comunicação para o desenvolvimento tem um papel fundamental em todas estas áreas prioritárias deste plano.

As componentes estratégicas estabelecidas para o **PEN III** são:

1. Redução de risco e vulnerabilidade;
2. Prevenção;
3. Tratamento e cuidados;
4. Mitigação das consequências.

O **PEN III** estabelece uma ponte a partir do **PEN II** quanto a uma abordagem estratégica multissetorial à prevenção do VIH.

Além disso, o governo de Moçambique estabeleceu um **Grupo de Referência de Prevenção (GRP)**, que é um órgão político de alto nível presidido pelo Ministro da Saúde e os seus membros incluem ministros do governo, parceiros técnicos e a sociedade civil. Este grupo tem feito um trabalho considerável na coordenação e intensificação dos esforços de prevenção. O governo aprovou, ainda, a **“Estratégia de Aceleração da Prevenção pela infecção do VIH” (EAP)**. A estratégia propõe uma abordagem baseada em evidências para a prevenção do VIH. Identifica as áreas prioritárias para a ação como base para a abordagem e tem em vista identificar críticas intervenções que possam contribuir para uma considerável e sustentável redução da incidência do VIH. O documento da **EAP** foi aprovado em novembro

de 2008. As diretrizes para as intervenções biomédicas tais como tratamento antirretroviral (TARV), prevenção da transmissão vertical (PTV) e tratamento das infeções transmitidas sexualmente (ITS) são baseadas em evidências locais e nas melhores práticas internacionais e estão devidamente integradas na resposta nacional.

Tratamentos Antirretrovirais (TARV)

Em relação ao tratamento com antirretrovirais (TARV), até de dezembro de 2009 havia 156.688 adultos e 13.515 crianças com menos de 15 anos de idade em TARV, totalizando 170.198 pacientes em TARV (Gráfico 3),

o que representa um grau de cumprimento acima dos 100% (108%) do planificado pelo setor de saúde. Deste modo, no ano de 2009, observou-se um aumento em cerca de 41.673 doentes em tratamento, com uma média de crescimento mensal de 3.473 doentes.

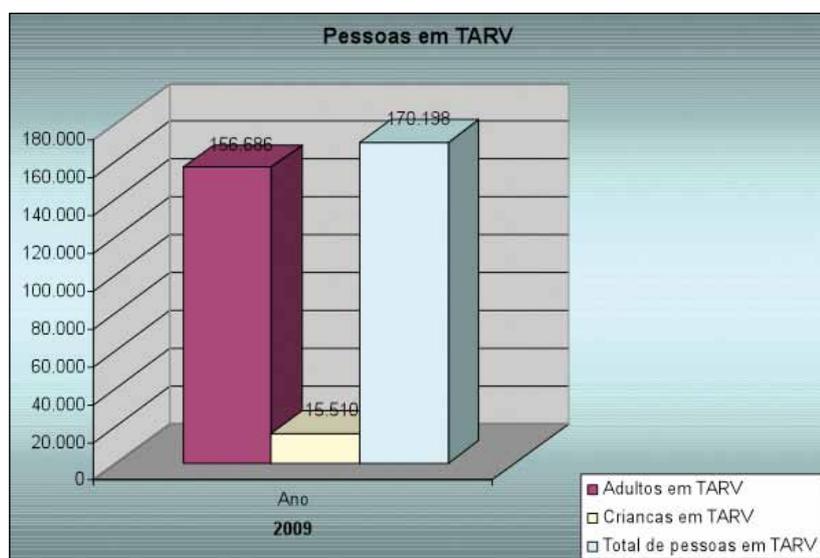
Relativamente a expansão dos serviços registou-se um crescimento destes na ordem de 11%, relativamente a 2008, um grau de realização em cerca de 97%.

Apesar da expansão significativa dos serviços TARV, a sua cobertura, para quem necessita destes serviços, ainda é baixa em Moçambique. Até dezembro de 2009, estima-se que cerca de 373.020 adultos e 72.652 crianças nos estágios avançados do SIDA necessitam

do TARV, o que significa que do total de PVHIS necessitando de TARV, cerca de 42% dos adultos e 19% das crianças recebiam o tratamento.

Verificou-se uma redução de 21% em 2008 para 19% em 2009 devido as novas orientações do MISAU para o tratamento pediátrico. Contudo, o número absoluto cresceu de 9.393 crianças atendidas em 2008 para 13.510

Gráfico 3
Pessoas em tratamento antirretroviral, Moçambique, 2009.



crianças em 2009. Apresenta-se no gráfico 4 a **cobertura do TARV pediátrico**, para o período 2003-2009 (Gráfico 2).

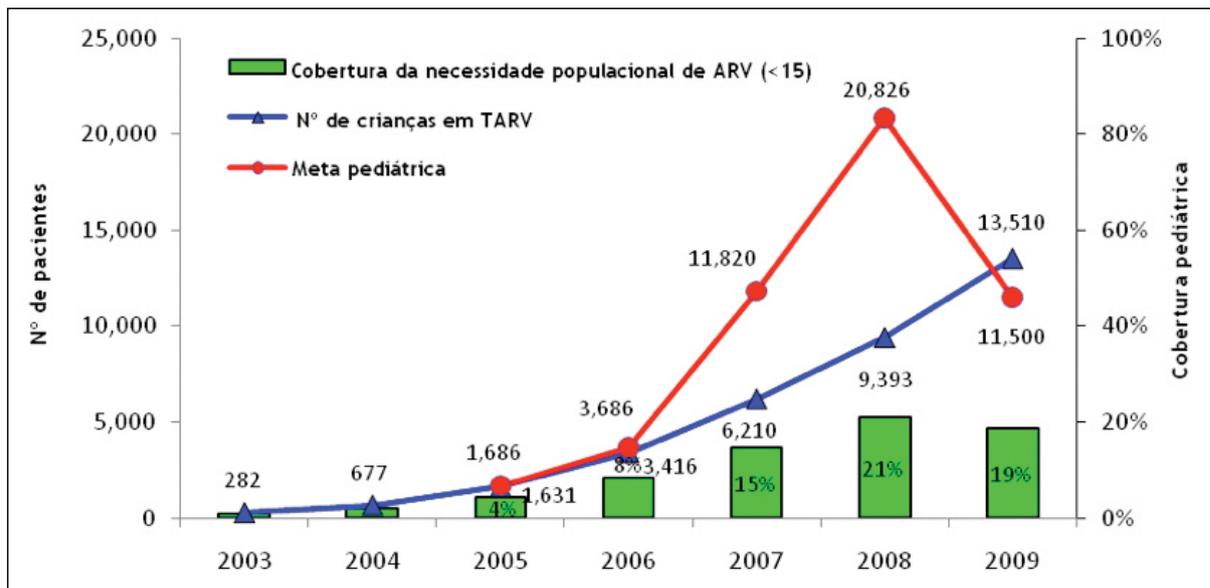
O número de sítios que forneceram os serviços de TARV, em 2009, foi de 220 unidades sanitárias, o que ultrapassa a meta estabelecida de 215. Este aumento encontra a sua explicação na abertura de mais locais de atendimento nas províncias de Nampula, Zambézia e Tete.

Embora o tratamento pediátrico esteja em expansão pelo país, há uma significativa disparidade no fornecimento destes serviços no âmbito das três regiões geográficas (Norte, Centro e Sul). A maior parte das crianças

que necessitam do tratamento se encontram na região Centro e Norte, que são as que têm menos disponibilidade do serviço. Em 2009, 57% das crianças que necessitavam de TARV na região Sul foram atendidas, enquanto o número em Maputo foi de 30%.

O MISAU elaborou a Avaliação Nacional de Programa do TARV do Adulto que mostrou que a taxa de retenção de doentes depois de 6, 12 e 24 meses em TARV, foi de 86%, 79% e 78%, respectivamente. Está em curso a Avaliação Nacional de Programa do TARV Pediátrico.

Gráfico 2
Cobertura do TARV pediátrico, Moçambique, 2003-2009.



Fonte: Relatório Anual do CNCS/2009

Transmissão Vertical do VIH

Em relação ao **Programa de Prevenção da Transmissão Vertical**, em 2009, foram atendidas, pela primeira vez nas 832 Unidades Sanitárias que oferecem serviços de Consulta Pré-Natal (CPN) e de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), 797.424 mulheres grávidas. A **cobertura de Aconselhamento e Testagem aumentou** significativamente de 50,5% para 71,8% e 76,7%, em 2007, 2008, 2009, respectivamente. Entretanto, a prevalência do VIH nas mulheres testadas nas consultas de SMI foi de 10,8% em 2009.

No período de referência, observa-se um aumento da cobertura de mulheres que receberam antiretrovirais para reduzir o risco de transmissão do VIH de mãe para o filho de 31,8% para 32,1% e 42,6% em 2007, 2008 e 2009, respectivamente, conforme tabela 3.

Relativamente à proporção de crianças VIH positivas, testadas aos 18 meses, observa-se um aumento de 19,2% para 22,3% entre 2007 e 2009 (Tabela 3). Ressaltando que estão incluídas nesta proporção crianças nascidas de mães que se beneficiaram do programa de Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) e as nascidas de mães que não se beneficiaram do programa.

Tabela 3
Cobertura da Prevenção de Transmissão Vertical, Moçambique, Ano 2007, 2008, 2009.

Indicadores	2007	2008	2009	Metas 2009
Total de 1as Consultas Pré Natal (CPN)	736.625	712.768	797.424	N/A
Unidade Sanitária com PTV	386	744	832	781
% de Mulheres testadas na CPN	50,5%	71,8%	76,7%	75,1%
% de Mulheres VIH+*	11,7%	11,1%	10,8%	N/A
% de Mulheres que receberam Antiretrovirais (ARVs) para reduzir a transmissão vertical na CPN	31,8%	32,1%	42,6%	37%
% de crianças que tiveram acesso ao serviço de CCR	12%	28%	44%	N/A
% de crianças testadas VIH+ aos 18 meses	19,2%	17,9%	22,3%	N/A
% de crianças que receberam profilaxia ARVs	60,9%	66,7%	55,9%	N/A

*incluindo Consulta Pré-Natal e Maternidade

Fonte: Departamento da Saúde da Mulher e da Criança (MISAU) e Impacto Demográfico, (dados até Novembro 2009).

A percentagem de crianças sero-positivas nascidas de mães sero-positivas decresceu ligeiramente entre 2008 e 2009, de 31% para 29%, respectivamente (Tabela 4).

Aconselhamento e Testagem

O aconselhamento e a testagem estão entre as componentes fundamentais para a prevenção do VIH e SIDA, e são porta de entrada

para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, bem como para a mudança de comportamento. O número de pessoas de 15 anos ou mais, atendidas nas diversas unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) do Serviço Nacional de Saúde (ATIP – Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor e ATIU – Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Utente) cresceu cerca de 378.000 em 2006 para cerca de 530.000 em 2009 (Tabela 5).

Tabela 4
Percentagem de crianças seropositivas nascidas de mães seropositivas, Moçambique, 2008-2009

Método de Medição	Valor do Indicador	
	2008	2009
Numerador: Número estimado de crianças infectadas pelo VIH, nascidas de mulheres grávidas VIH-positivas	34 664	33 343
Denominador: Número estimado de mulheres grávidas elegíveis para PTV nos últimos 12 meses	110 871	113 281
Valor do Indicador*: Percentagem	31%	29%

Fonte: GTM, 2010 *Indicador calculado com modelo matemático Spectrum.

Tabela 5
Pessoas (15 anos ou mais), atendidas nas diversas unidades de ATS do Serviço Nacional de Saúde, Moçambique, 2006-2009

Nº Total (15 anos ou mais) Aconselhado e Testado para HIV nas US				
	2006	2007	2008	2009
TOTAL	377.925	472.819	515.817	529.922
15 a 19 anos	71.343	81.529	83.380	92.973
20 a 24 anos	96.876	117.328	121.282	130.645
25 a 29 anos	73.664	96.510	117.610	126.468
30 a 49 anos	115.466	149.175	160.119	141.229
> 50 anos	20.576	28.277	33.426	38.607
% Feminino	63.	63.	60.	59.
% Masculino	37.	37.	40.	41.

Fonte: MISAU

O número de unidades que oferecem ATS (UATS) mantém-se em 359, dado que a estratégia do MISAU para o ATS preconiza a sua integração em todos os serviços do Serviço Nacional de Saúde, com vista à masificação do ATS.

Na região Centro localizam-se 59% dessas unidades, enquanto no Sul e Norte, elas representam 28% e 13%, respectivamente. Dado o acesso limitado na região Norte, o MISAU está buscando equacionar a possibilidade de apoiar a abertura de mais locais para a oferta destes serviços nesta região.

Preservativos

A disponibilização do preservativo conheceu um crescimento acentuado em 2009 comparativamente ao ano anterior. Isso é devido à melhoria da capacidade logística e de gestão na distribuição de preservativos a todos os níveis, sobretudo nas zonas rurais, com o apoio do UNFPA, PSI, DIFID, CARE, LEPR, MSF, HOPE, FDC, Pathfinder, ISCOS, LWF, Visão Mundial, FHI e Médicos Del Mundo.

Dos 93.600.034 preservativos masculinos projetados para 2009, 88.257.368 masculinos e 922.950 femininos foram distribuídos. Deste modo houve um aumento de 54,4%, na distribuição de preservativos em 2009, o que significa em números absolutos 89.180.318 preservativos em 2009 contra 48.527.329 distribuídos em 2008.

Financiamento

O **financiamento dos programas de VIH e SIDA** em Moçambique, baseiam-se em três fontes financeiras principais: públicas, internacionais e privadas. Dessas, o financiamento internacional é o mais importante.

As estimativas da Medição dos Gastos com SIDA (MEGAS) mostram que as despesas com o VIH e SIDA totalizaram o montante de US\$ 251 milhões no período 2007 e 2008. A despesa estimada de 2007 e 2008 é 23% superior a registada nos três anos anteriores (2004 a 2006).

O peso relativo do financiamento externo directo para VIH e SIDA aumentou de 94% em 2007 para 96% em 2008 contra o decréscimo verificado nos fundos públicos de 6% para 3% e manutenção dos fundos privados em cerca de 1% (Tabela 6).

Tabela 6
Volume das despesas por fonte de financiamento, Moçambique, 2007 e 2008.

Fontes Financeiras	2007	%	2008	%
Público	5,967	6%	5,033	3%
Privado	694	1%	1,479	1%
Internacional	98,575	94%	139,912	96%
Total	105,236	100%	146,425	100%

Fonte: Estudo MEGAS, Moçambique, 2010

Embora o crescimento entre 2006 e 2007 tenha sido relativamente pequeno, de apenas 9%, o crescimento registado entre 2007 e 2008 foi muito elevado (39%), ultrapassando o registado em quaisquer outros programas de saúde pública no país.

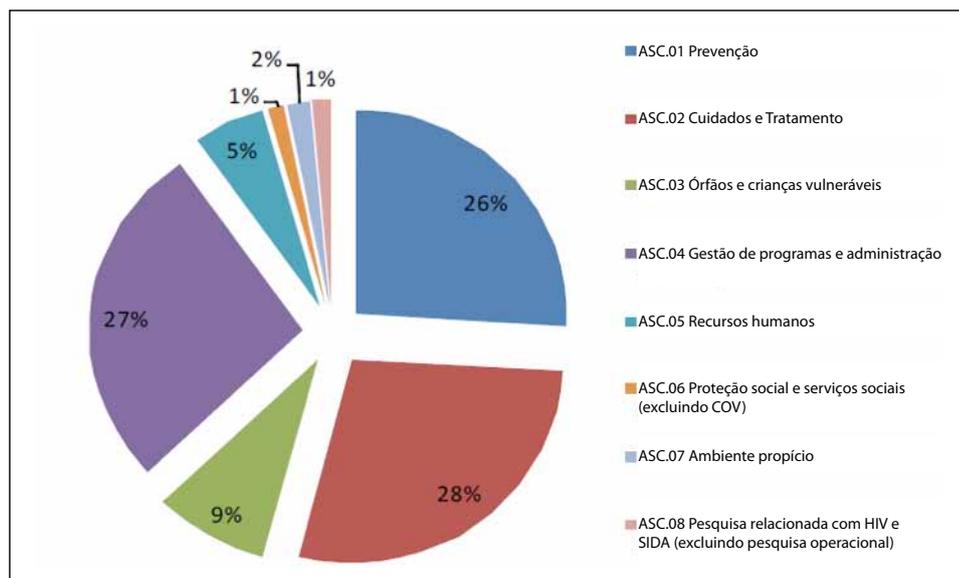
A tabela 7 e o gráfico 5 mostram, por área temática, como se deu a distribuição dos gastos domésticos e internacionais com VIH e SIDA no país.

Tabela 7
Gastos em SIDA, total, por áreas e por anos (US\$), Moçambique, 2007-2008.

Categorias de Despesa	2007	2008	2007-2008	Var 2007/2008 %
ASC.01 Prevenção	26,073,100	39,329,935	65,403,035	51%
ASC.02 Cuidados e Tratamento	28,775,198	41,983,105	70,758,303	46%
ASC.03 Órfãos e crianças vulneráveis	9,037,798	13,030,921	22,068,719	44%
ASC.04 Gestão de programas e administração	32,646,848	36,075,023	68,721,871	11%
ASC.05 Recursos humanos	5,121,964	8,454,417	13,576,381	65%
ASC.06 Protecção social e serviços sociais (excluindo COVs)	1,062,073	2,139,460	3,201,533	101%
ASC.07 Ambiente propício	1,781,923	2,520,410	4,302,333	41%
ASC.08 Pesquisa relacionada com VIH e SIDA (excluindo pesquisa operacional)	736,684	2,891,690	3,628,374	293%
Total	105,235,588	146,424,961	251,660,549	39%

Fonte: Estudo MEGAS, Moçambique, 2010.

Gráfico 5
Gastos em SIDA, percentagem por área, (US\$), Moçambique, 2007-2008.



Fonte: UNGASS, 2010

Ações desenvolvidas no setor público

De acordo com o documento Impacto Demográfico do VIH ao nível da Função Pública, no ano 2008, dos cerca de 167.000 funcionários, 32.000 são seropositivos, dos quais, 10.000 precisam de TARV (Estratégia da Função Pública – 2009). Dentre as várias actividades desenvolvidas importa salientar o seguinte: foram formados 49 activistas (educadores de pares) em matérias de prevenção às ITS e VIH no local de trabalho; Realizadas 4 sessões de projecção de filmes diversos sobre a pandemia do VIH e SIDA e realizadas sessões de Aconselhamento e Testagem em Saúde para cerca de 2.370 funcionários.

Com o objetivo de melhorar a disseminação de mensagens que contribuem para a adoção de conhecimentos para mudança de comportamentos de risco por parte dos funcionários da Função Pública, foram adquiridos 230 modelos pélvicos e 250 modelos de pênis, formados 28 formadoras de formadores, oriundas de todas as províncias do país, para a promoção do uso correto e consistente do preservativo feminino. Foi igualmente formada uma equipa de 10 promotores por província, para assegurarem a réplica da promoção do preservativo feminino, a nível provincial e distrital, cuja meta inicial era de 10 promotores por província para 2009, tendo se cumprido na íntegra.

Foram alcançados 47.325 policiais em palestras abordando mensagens sobre a prevenção do VIH com recurso a comunicação interpessoal.

Realizadas Feiras de Saúde para prover e enaltecer a importância dos cuidados de saúde, higiene e alimentação no seio dos funcionários, seus familiares e população em geral.

Sector Privado, Cooperativo e Informal

De 2008 à 2009, a resposta ao VIH e SIDA no local de trabalho aumentou significativamente, tendo um maior número de empresas dos diversos ramos económicos, iniciado programas de prevenção e mitigação do VIH e SIDA, muitas delas em parceria com organizações da sociedade civil (organizações de PVHS e organizações provedoras de serviço). O número de empresas filiadas a ECoSIDA (Associação dos Empresários contra o SIDA) aumentou de 23 para 62 em 2009. Os sindicatos e o sector informal e cooperativo estiveram também activamente envolvidos no desenvolvimento de actividades na área do VIH e SIDA.

Na área de prevenção, 22% das actividades catalogadas no país foram desenvolvidas pelo sector privado. Particular atenção tem sido dada aos trabalhadores em situação de maior vulnerabilidade, como sejam, os trabalhadores migrantes, sobretudo os que estão ligados à indústria mineira, construção de obras públicas e trabalhadores sazonais. O número de empresas

que receberam apoio para a implementação de actividades na área do VIH cresceu de 335 em 2008 para 557 em 2009. No mesmo período, o número de políticas de para o combate ao VIH e SIDA aprovadas dentro das empresas cresceu de 38 em 2008 para 87 em 2009.

Mitigação

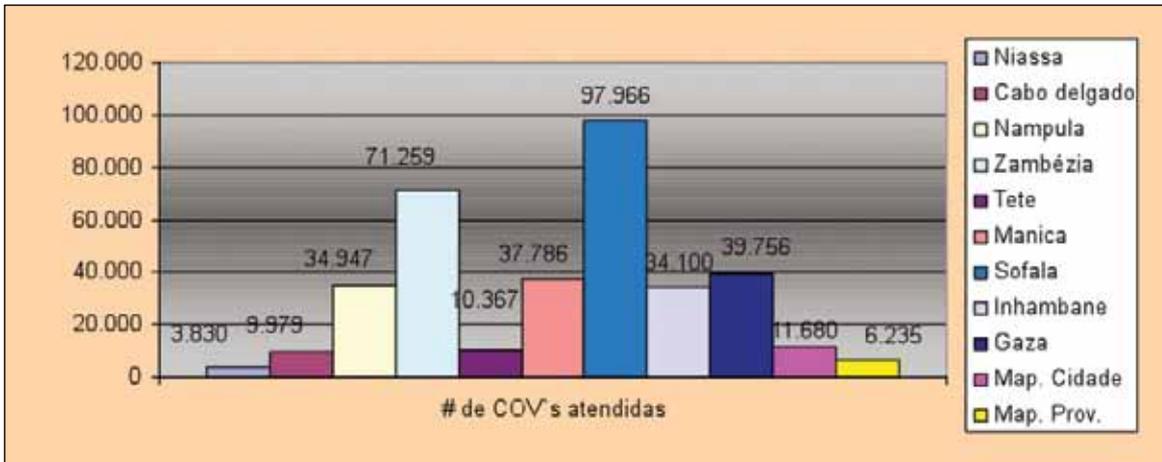
No ano de 2009 foram beneficiadas 357.905 COV's em apoio multiforme (apoio alimentar, kits contendo material escolar, material de higiene, uniformes e registos de nascimento). O gráfico 6 mostra os número de crianças órfãs atendidas por província.

As projecções do Impacto do Demográfico de 2008 indicavam que em 2009 Moçambique teria 1.830.710 COV's, o que nos impele a inferir que, do universo projectado, o grau de realização de 2009 representa 20%.

Em relação as pessoas vivendo com VIH/SIDA, houve um grande esforço por parte dos implementadores no sentido de prestar cada vez mais assistência baseada principalmente no envolvimento de PVHS em actividades de geração de renda, no apoio nutricional e na formação vocacional.

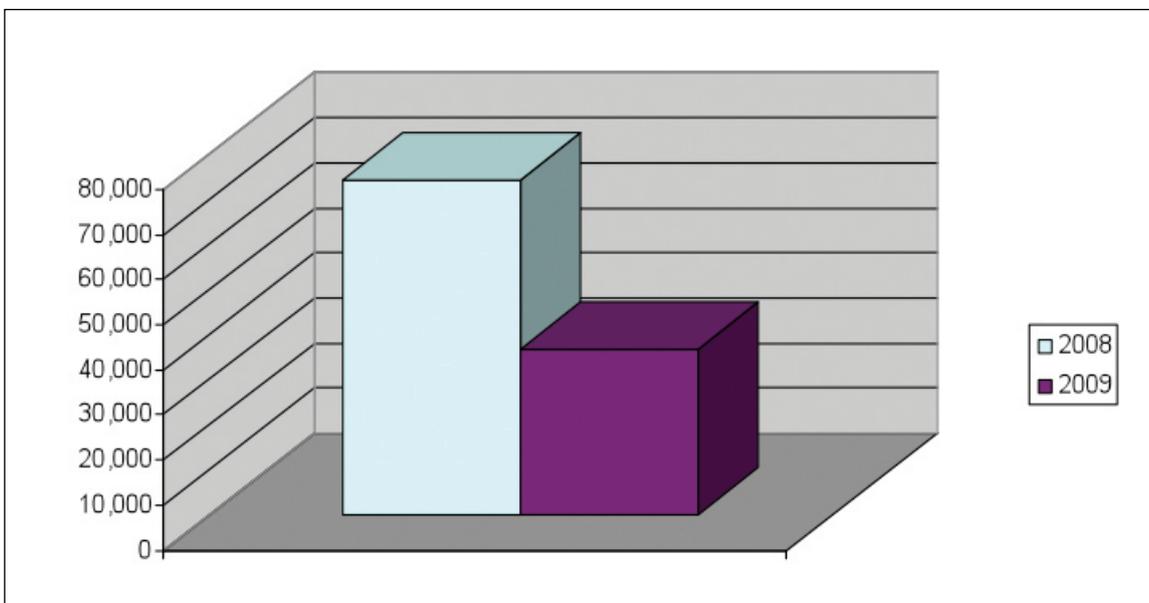
De acordo com os dados colhidos pelos Núcleos Provinciais de Combate ao SIDA (NPCS), durante o ano de 2009 foram assistidas em termos financeiros, nutricionais, psicossocial e em formação vocacional cerca de

Gráfico 6
Número de Crianças Órfãs e Vulneráveis atendidas por província, Moçambique, 2009



Fonte: MMAS/2009

Gráfico 7
Número de PVHS recebendo qualquer tipo dos seguintes apoios de mitigação: nutricional, financeiro, psicossocial, formação vocacional, etc.



Fonte: Relatório anual do CNCS

36.767 PVHS, contrariamente ao ano anterior em que foram assistidas cerca de 74.500PVHS.

Todas as províncias têm associações de PVHS em funcionamento com destaque para as províncias de Gaza e Maputo Província. Contudo, sabe-se que em 2009 registou-se um número reduzido de projetos dado a nova realidade de financiamentos.

Segurança de Sangre

Todos os bancos de sangue e todas unidades sanitárias que efectuam actividades de banco de sangue tem disponível um Procedimento Operacional Padrão (POP) para a testagem do VIH, porém, ainda não existe um sistema de controle externo de qualidade. O Departamento de Imunologia tem feito o controle de qualidade nos laboratórios nacionais e bancos de sangue. Em 2009, isso foi feito em 34 dos 141 bancos de sangue existentes. No seu conjunto, estas 34 unidades colheram 63 818 unidades de sangue, o que representa 69,5% de todas as unidades de sangue doadas em 2009 (91.818). A percentagem de sangue testado com garantia de qualidade aumentou de 35,5% em 2007, para 69,5% em 2009.

Desafios

Moçambique assumiu como principal desafio face ao VIH e SIDA reduzir a ocor-

rência de novas infecções em 25% nos próximos 5 anos.

Para o efeito, a prioridade é promover a combinação das abordagens de actuação na área de prevenção com vista a redução de parceiros múltiplos e concorrentes, o sexo transaccional, ao mesmo tempo que se aumenta a utilização do preservativo e dos serviços de aconselhamento e testagem em saúde.

Para isso, todas as acções estão concebidas para de uma forma transversal fazer-se recurso à comunicação para a promoção da mudança social e comportamental.

O PEN III (2010-2014) aponta como outro desafio, a necessidade da redução de risco e vulnerabilidade - cujas intervenções devem incidir sobre o ambiente geral de risco e vulnerabilidade à infecção pelo VIH ao nível individual comportamental; ao nível estrutural e ao nível sociocultural e comunitário.

No contexto de tratamento e cuidados, Moçambique prevê integrar as intervenções nas áreas de provisão de serviços, incluindo:

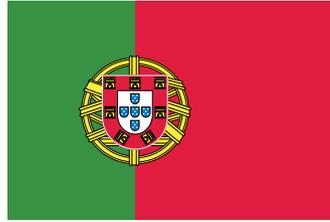
- a. a masificação do Aconselhamento e Testagem em Saúde, como forma de ampliar o universo de moçambicanos que conhecem o seu estado e procuram serviços e cuidados de saúde apropriados com antecedência, e adoptem comportamentos seguros;

- b. a provisão de serviços de continuidade de cuidados tanto para os doentes VIH positivo ainda não elegíveis para o TARV assim como para aqueles que iniciam o TARV;
- c. a melhoria do rastreio da tuberculose em doentes VIH positivo e vice-versa;
- d. bem como a garantia do apoio nutricional, psicossocial e cuidados domiciliários para os doentes elegíveis.

Sobre a mitigação das consequências, está em perspectiva a redução da proporção de agregados familiares, comunidades e Crianças Órfãs Vulneráveis afectadas pelos impactos do VIH/SIDA e Pobreza, contribuindo para reduzir os índices de pobreza absoluta dos actuais 54% em 2003 para 44% em 2014.

No conjunto de acções estratégicas previstas, a mitigação das consequências está voltada para a redução das mesmas ao nível das Pessoas Vivendo com VIH e SIDA (PVHS), agregados familiares, Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs), comunidades e instituições, através de iniciativas que asseguram o apoio em cuidados básicos a COVs; garantia da segurança alimentar e nutricional e reforço da capacidade de geração de renda das famílias, assim como a protecção dos direitos das PVHS.

PORTUGAL*



1. Contexto Nacional

Portugal tem uma área de 92.117,5 Km². Sua população é estimada em 10,5 milhões de habitantes. A expectativa de vida ao nascer é de 75 anos para homens e de 82 anos para mulheres. **Toda população tem acesso aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde.**

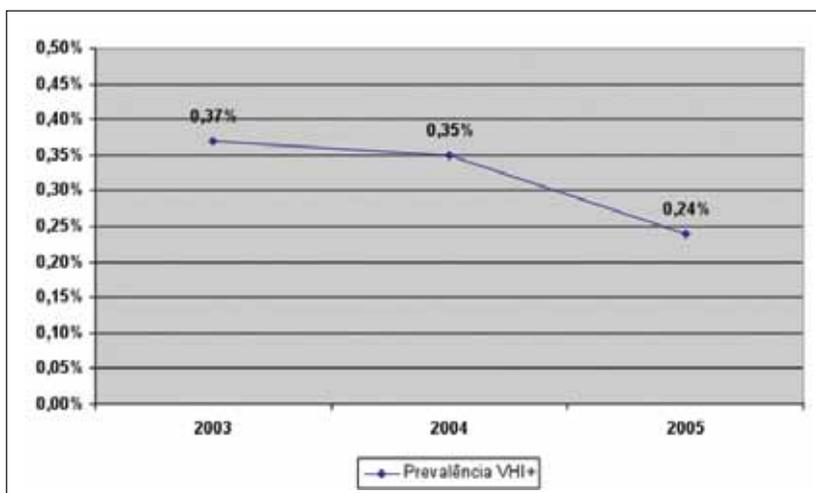
2. Situação Atual da Epidemia do VIH

Utilizando-se como indicador indireto a prevalência do VIH entre doadores de sangue

e em mulheres grávidas, pode-se observar que a **“população em geral” é apenas ligeiramente afetada pela infecção do VIH em Portugal** (Gráfico 1). Contudo, a prevalência de VIH em doadores de sangue é mais elevada que em outros países da Europa Ocidental (100 por milhão de habitantes).

A epidemia do VIH em Portugal pode ser caracterizada como uma epidemia concentrada. Os grupos populacionais mais afetados são os consumidores de drogas injetáveis, os homens que têm sexo com outros homens e a população de reclusos. Em 2007, menos de 20% dos novos casos diagnosticados de VIH

Gráfico 1
Prevalência (%) de mães VIH+ em relação ao número de partos – Portugal, 2003-2005.



Número de partos: 49189 (2003), 51185 (2004), 56071 (2005).

Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida – Ministério da Saúde, Portugal. Gráfico processado por UNUSIDA.

* Como não foram apresentados dados atualizados por parte de Portugal para a segunda edição da presente publicação, foi incluído o texto da primeira edição de 2008.

correspondiam a pessoas nascidas em regiões ou países altamente endêmicos.

Desde 1983, quando o primeiro caso de infecção por VIH/sida foi diagnosticado em um cidadão português, o sistema de vigilância registra um total acumulado de 32.491 casos, em algum dos três estágios da infecção: assintomáticos, sintomáticos não-sida e casos de sida.

Durante o mesmo período, o total acumulado de casos de Sida era de 14.195: 463 devido à infecção pelo agente VIH-2 e 189 casos associados a ambos os tipos de vírus (VIH-1 e VIH-2). Contudo, os dados devem ser reavaliados periodicamente, devido ao conhecido fenómeno da sub-notificação e da demora em reportar os casos. Nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2008, foram notificados 164 casos adicionais de sida cujos diagnósticos eram de anos anteriores, metade correspondendo ao ano de 2007 mas, em alguns casos, abrangendo de 1998 a 2007, resultando da política de promoção de notificações por meio de um esforço contínuo de educação profissional e de sensibilização. Desde 2005, a infecção pelo VIH faz parte de uma lista de doenças com declaração obrigatória.

Tendo em conta os diagnósticos notificados pelos médicos em 2006 e 2007 (não existe nenhum sistema de notificação labo-

ratorial) à Instituição responsável pela Vigilância da infecção por VIH em Portugal, foi estimado que 9% dos casos de sida reportados em Portugal são adquiridos através de relações homossexuais (o valor correspondente era de 13% para o total acumulado de casos diagnosticados de 1983 a Dezembro de 2007), 44% (35%, de 1983 a 2007) por relações heterossexuais, 34% (47%, de 1983 a 2007) foram associados ao consumo de drogas injetáveis e menos de 0.2% deveu-se à transmissão da mãe para o filho.

Durante o mesmo período (2006-2007), houve 283 casos de infecção por VIH (corrigidos para o atraso de notificação), definidos como casos assintomáticos em homens que tinham sexo com outros homens (19% contra 11% da proporção de total de infecções reportadas durante o período de 1983-2007), 289 em consumidores de drogas injetáveis (19% contra 42% durante o período 1983-2007), 939 poderão ser atribuídos à transmissão heterossexual (60% contra 42% de 1983 a 2007) e 14 casos correspondem à transmissão mãe-filho, independentemente do país de origem (0.9% contra 0.8% de 1983 a 2007).

Em Portugal, cada doente que, de acordo com as normas nacionais de terapêutica, é clinicamente considerado um candidato a

tratamento com anti-retrovirais, tem acesso gratuito aos medicamentos. A despesa nacional com medicamentos anti-retrovirais aumentou de 75 milhões de Euros/ano (2001) para quase 150 milhões de Euros em 2007, refletindo o aumento do número de doentes em tratamento (provavelmente quase todos os que dela necessitam) e o esforço para identificar os caso de infecção por VIH o mais precocemente possível, especialmente entre as populações mais vulneráveis.

A tabela 1 apresenta dados sobre a infecções por VIH em pessoas encarceradas.

Tabela 1
Infecções por VIH em pessoas encarceradas – Portugal, 2005.

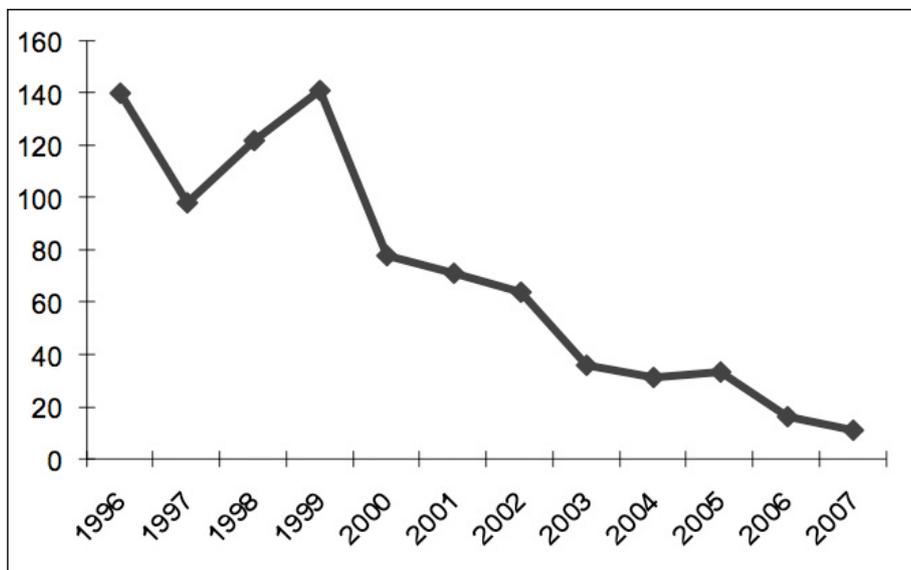
	Pessoas VIH+	% do total de homens (9612) e mulheres (570)
Homens	999	10,39%
Mulheres	41	7,19%
Total	1040	10,21%

Fonte: Plano de Ação Nacional de Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional. Tabela adaptada por ONUSIDA.

Desde o início da epidemia até 2007, foram registrados **32.491 casos de VIH** e **14.195 casos de SIDA**. Os gráficos 2 a 4 registram a tendência observada ao longo do período.

Gráfico 2

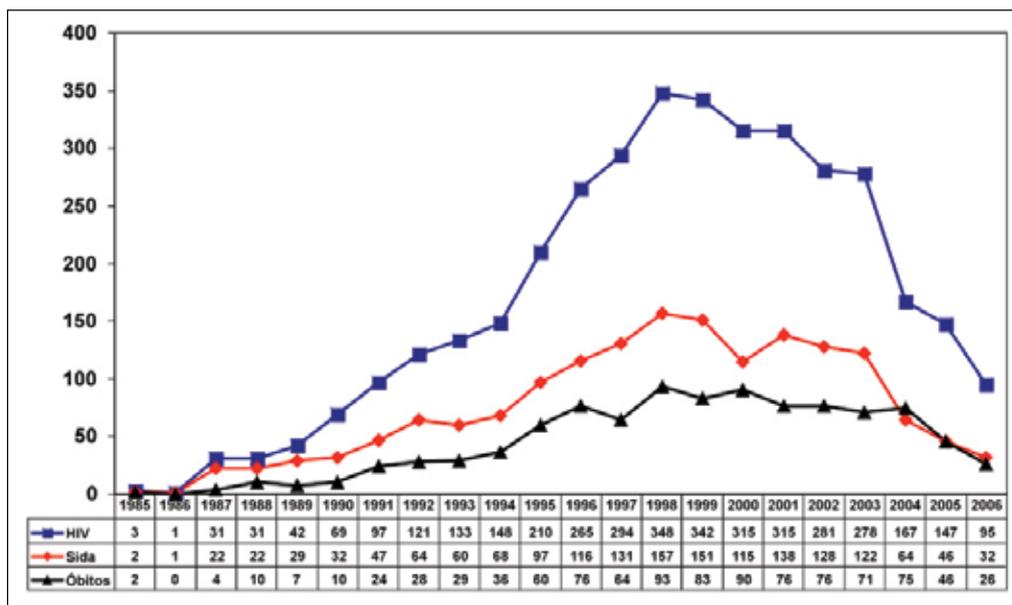
Casos de SIDA em mulheres e homens com idades entre 15 e 24 anos (por ano de diagnóstico) – Portugal, 1996-2007.



Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida – Ministério da Saúde, Portugal.

Gráfico 3

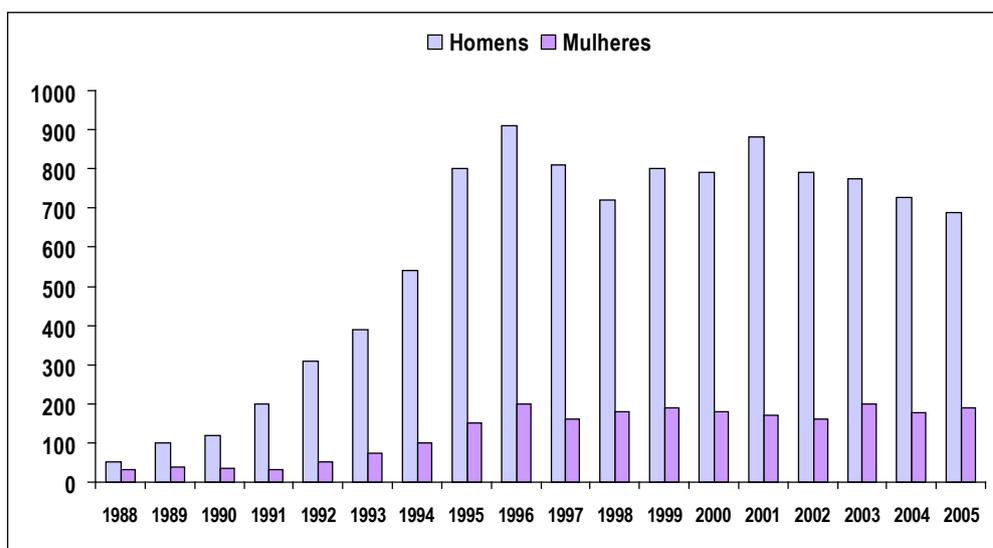
Infeção por VIH, Sida e Óbitos. Hospital São João, Porto, 1985-2006



Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida – Ministério da Saúde, Portugal.

Gráfico 4

Óbitos por SIDA – Portugal, 1988-2005.



Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério de Saúde, Portugal.

A via heterossexual é o modo de transmissão mais freqüente, conforme mostra o gráfico 5. Outras vias de transmissão importantes são: por meio do compartilhamento de instrumentos para o uso de drogas injetáveis

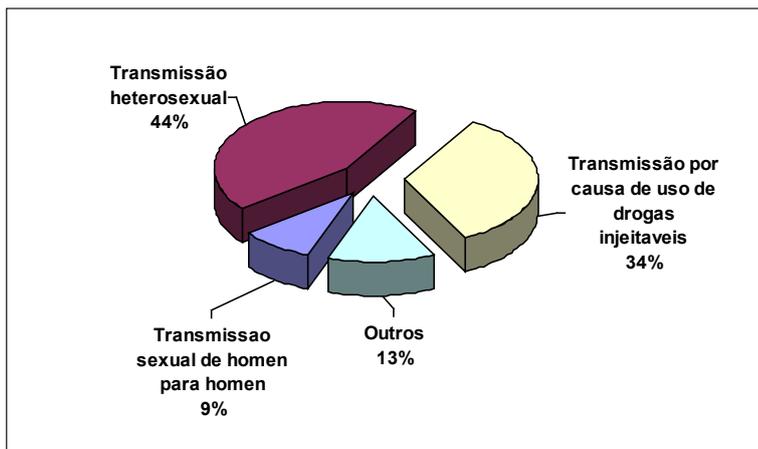
e a transmissão sexual entre homens que fazem sexo com homens.

Até o ano de 2003, a transmissão do VIH pelo uso de drogas injetáveis foi o modo de transmissão mais freqüente (Gráfico 6).

Gráfico 5

Modos de transmissão do VIH mais freqüentes.

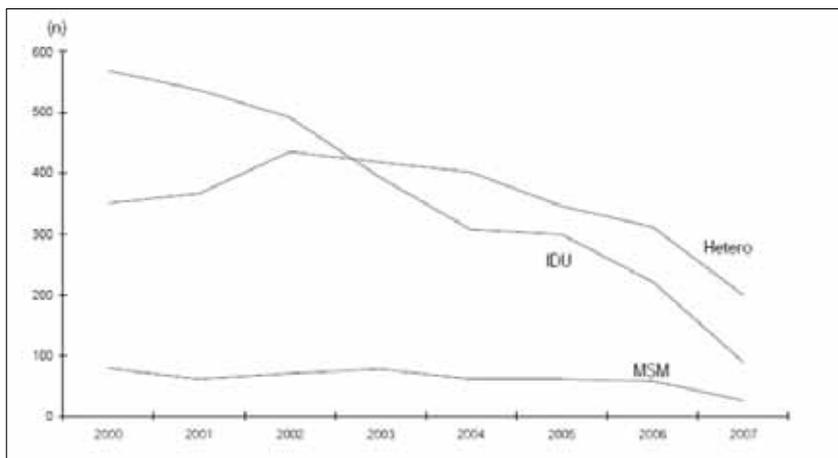
Porcentagem estimada com base em casos notificados (2006 e 2007) - Portugal.



Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério de Saúde, Portugal. Gráfico processado por ONUSIDA.

Gráfico 6

Casos de Sida, por via de transmissão e ano de diagnóstico - Portugal, 2000-2007.



Fonte: CVEDT, Infecção VH/sida em Portugal (2007). A situação em Portugal a 31 de Dezembro. Doc 139. CNSIDA. Lisboa, 2007.

O conhecimento sobre os modos de transmissão do VIH entre os jovens é elevado, conforme mostra a tabela 2. Mesmo assim, 22,8% dos jovens indicam que o VIH pode ser transmitido ao partilhar uma refeição ou bebida com uma pessoa VIH+.

O gráfico 7 apresenta um indicador relativo ao conhecimento de usuários de drogas injetáveis sobre os modos de transmissão do VIH. Pode-se observar que este conhecimento é relativamente alto.

Tabela 2

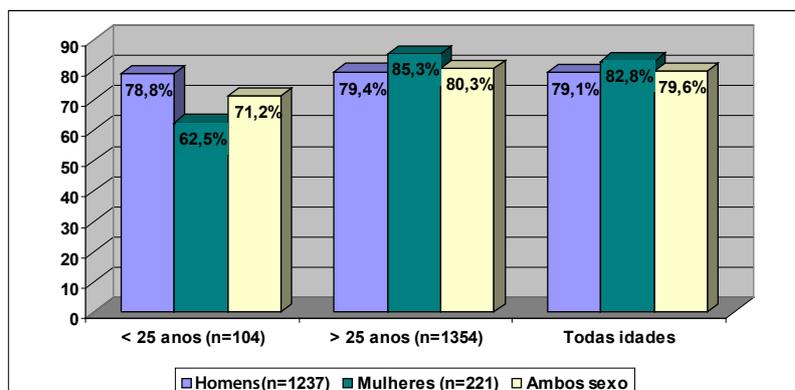
Conhecimento das vias de transmissão da infecção VIH/Sida entre homens e mulheres em idade escolar (n=4.877, média de idades 14, S.D. 1,34) – Portugal, 2006.

	Sim (%)	Não (%)	Não Sabe (%)
Usar material de injeção infectado (n=3.154)	89,8	2,3	7,9
Infecção mãe-filho (n=3.199)	80,2	4,7	15,2
Sexo desprotegido, mesmo sendo uma única vez (n=3.189)	86,7	4,7	
Transfusões de sangue em Portugal (n=3.187)	64,6	10,6	24,7
Mesmo pessoas de aparência saudável podem estar infectadas (n=3.179)	78,2	5,6	16,3
Partilhar uma refeição ou bebida (n=3.191)	22,8	48,1	29,2

Fonte: Matos, M e equipe do Projeto Aventura Social & Saúde (2006). A Saúde dos Adolescentes portugueses (quatro anos depois). Edições FMH, Lisboa.

Gráfico 7

Porcentagem de usuários de drogas injetáveis que identificam corretamente os modos de transmissão do VIH e que rejeitam declarações equivocadas sobre esses modos de transmissão - Portugal, 2007.



Fonte: Sondagem Nacional de 1.458 Usuários de Drogas Injetáveis, janeiro a março de 2007. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério da Saúde, Portugal. Gráfico processado por ONUSIDA.

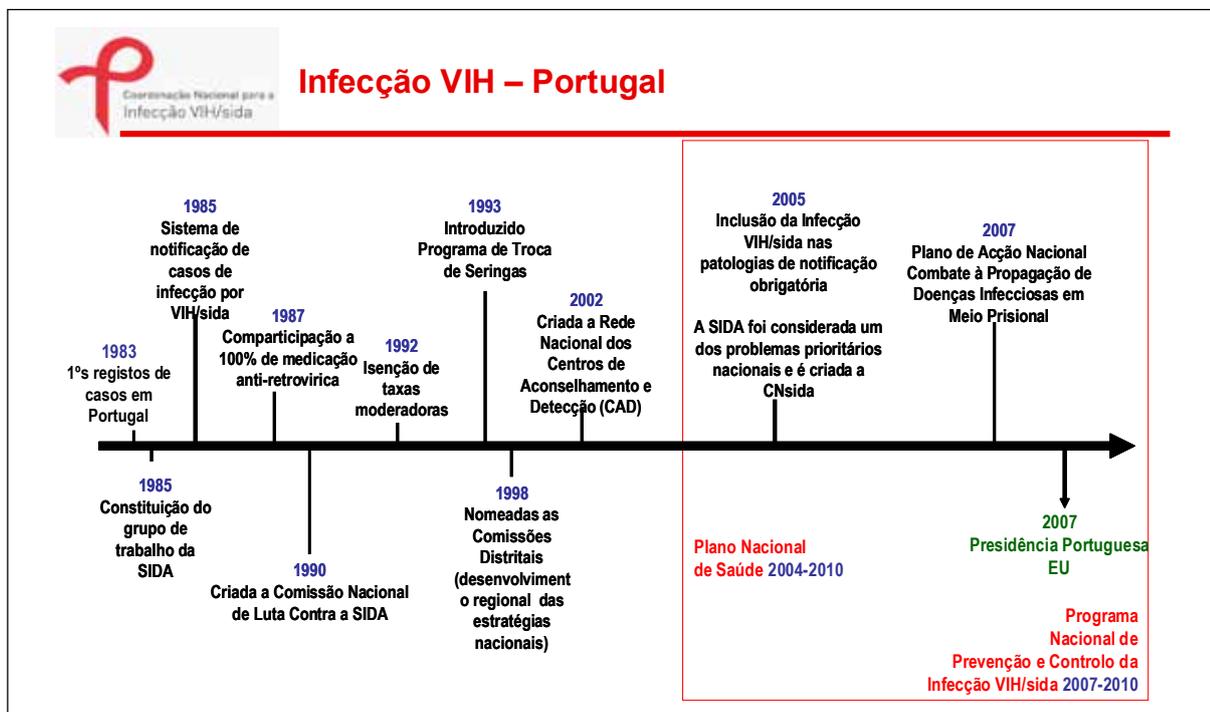
3. Resposta Nacional

O gráfico 8 resume etapas importantes da resposta nacional ao VIH/SIDA em Portugal. Destacam-se:

- Em 1985 foi constituído o **Grupo de Trabalho da SIDA** e um sistema de notificação de casos de infecção por VIH/SIDA;
- Em 1987: Comparticipação de **100% de medicação anti-retroviral**;
- Em 1990 foi criada a **Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA**;
- Em 1993: Introdução do Programa de Troca de Seringas;
- Em 1998 foram nomeadas as comissões distritais como parte do desenvolvimento regional das estratégias nacionais e
- Em 2002 foi criada a **Rede Nacional dos Centros de Aconselhamento e Detecção**.

Gráfico 8

Etapas da resposta nacional ao VIH/SIDA - Portugal, 1983-2007.

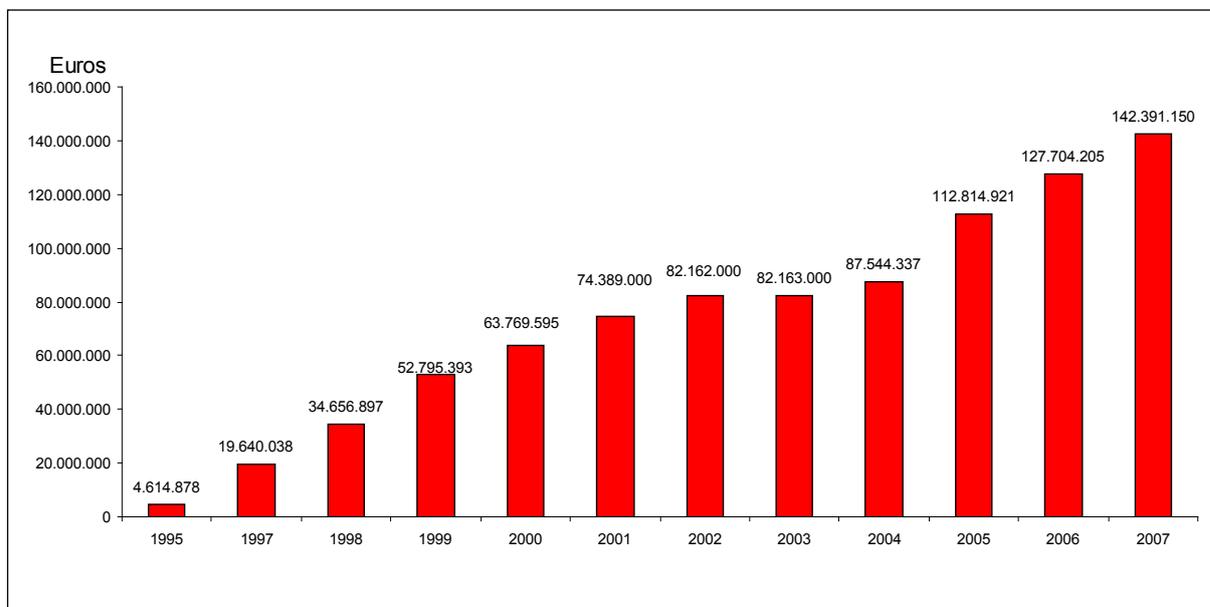


Conforme mostra o gráfico 9, a despesa nacional com medicamentos anti-retrovirais aumentou de aproximadamente 75 milhões de Euros em 2001, para quase 150 milhões de Euros em 2007.

No período de 2006-2007 **mais de 85% das mulheres grávidas portadoras vivendo com VIH estavam sob terapêutica anti-retroviral.** Mais de 96% das mulheres grávidas tinham feito pelo menos um teste de VIH durante a gravidez ou no parto. A incidência da transmissão do VIH da mãe para o filho está abaixo dos 0.5%.

Gráfico 9

Despesas com terapia anti-retroviral - Portugal, 1995-2007 (em Euros).



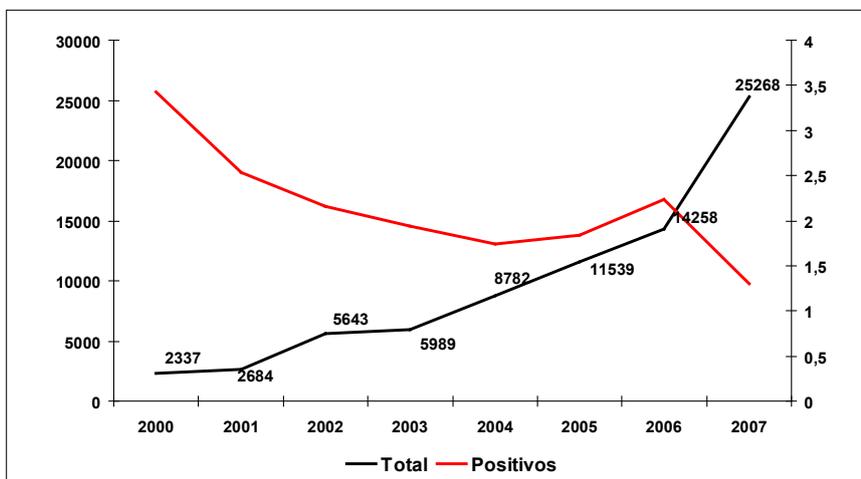
Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério da Saúde, Portugal.

O número de **testes de VIH aumentaram consideravelmente entre 2000 e 2007**, como se pode observar no gráfico 11.

O número de **preservativos distribuídos pelo Ministério da Saúde aumentou em quase 100% entre 2006 e 2007**, conforme mostra o gráfico 12.

Gráfico 11

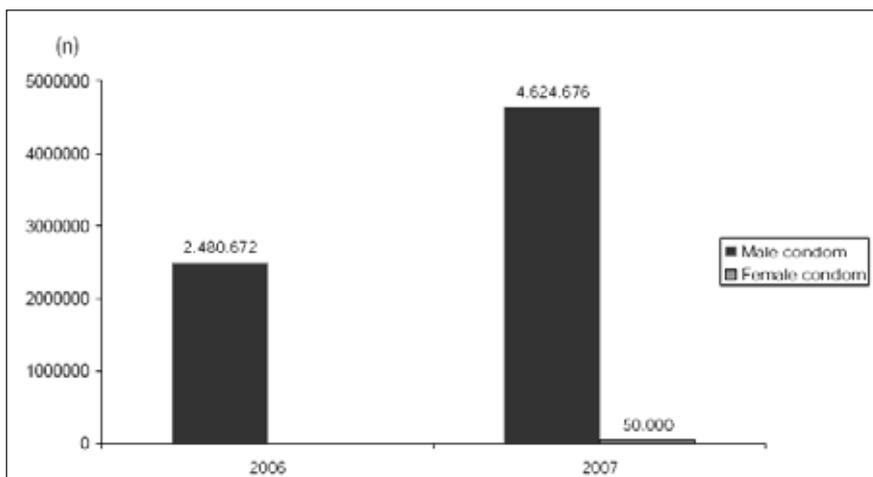
Centros de Aconselhamento e Detecção - Testes VIH - Portugal, 2000-2007.



Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério da Saúde, Portugal.

Gráfico 12

Distribuição gratuita de preservativos pelo Ministério da Saúde - Portugal, 2006 e 2007.

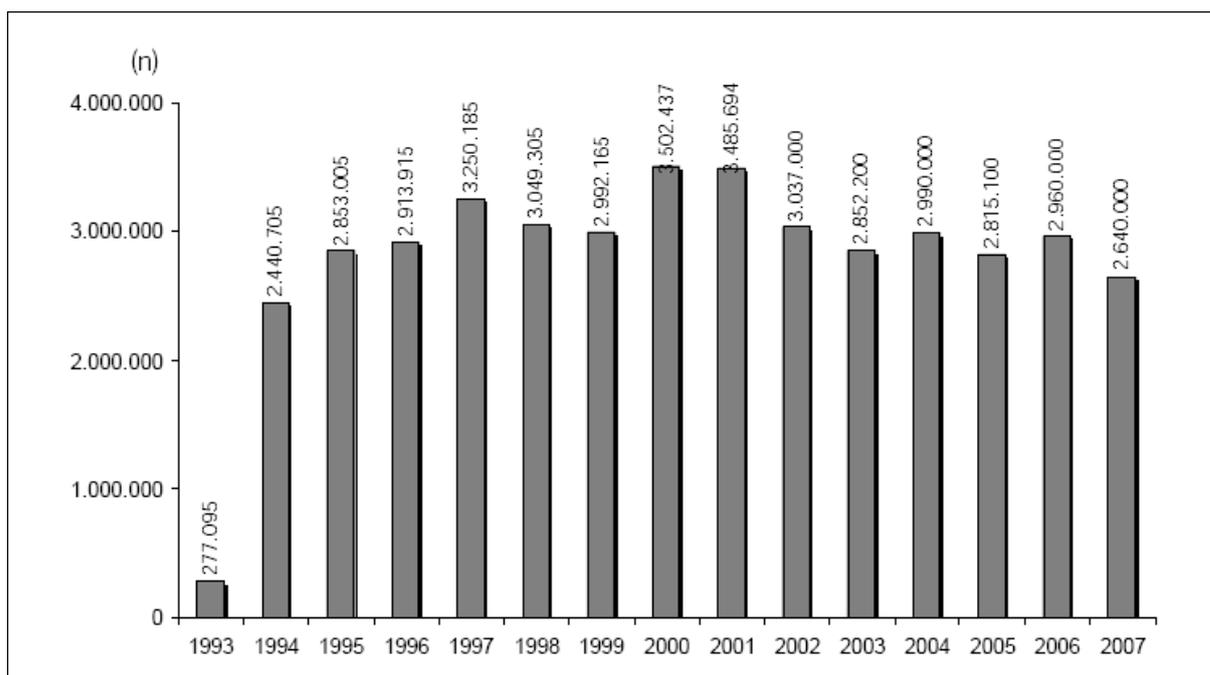


Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério da Saúde, Portugal.

Em 2007 foram distribuídas 2.640.000 seringas a usuários de drogas, com vistas à redução do uso compartilhado e conseqüentemente, prevenir a transmissão do VIH (Gráfico 13).

Gráfico 13

Total de seringas distribuídas pelo Ministério da Saúde – Portugal, 1993-2007.



Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério da Saúde, Portugal.

SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE



1. Contexto Nacional

O arquipélago de São Tomé e Príncipe têm uma superfície total de 1.001 Km². A população é estimada em cerca de 160.000 habitantes. A taxa de analfabetismo entre adultos é de 83%. É também um país pobre, com um PIB per capita de cerca de US\$ 424. Aproximadamente 54% da população vive em pobreza e 15% em extrema pobreza.

O tamanho limitado da população e do território nacional poderia facilitar um controle eficaz da epidemia de VIH. Apesar da elevada incidência da pobreza, a esperança de vida é de 60

para homens e de 63 para mulheres. Comparado a outros países da região, a proporção de médicos por habitante também é elevada (0,5 / 1000).

Nos últimos anos foram atingidos progressos no setor de saúde e de educação. Reformas estruturais visando a Conclusão Primária Universal estão sendo implementadas. Dados mostram sucessos consideráveis na área da mortalidade infantil, controle da malária, mortalidade materna e a porcentagem de nascimentos acompanhados por profissionais capacitados, que aumentou de 70% em 2003 para 86% em 2009.

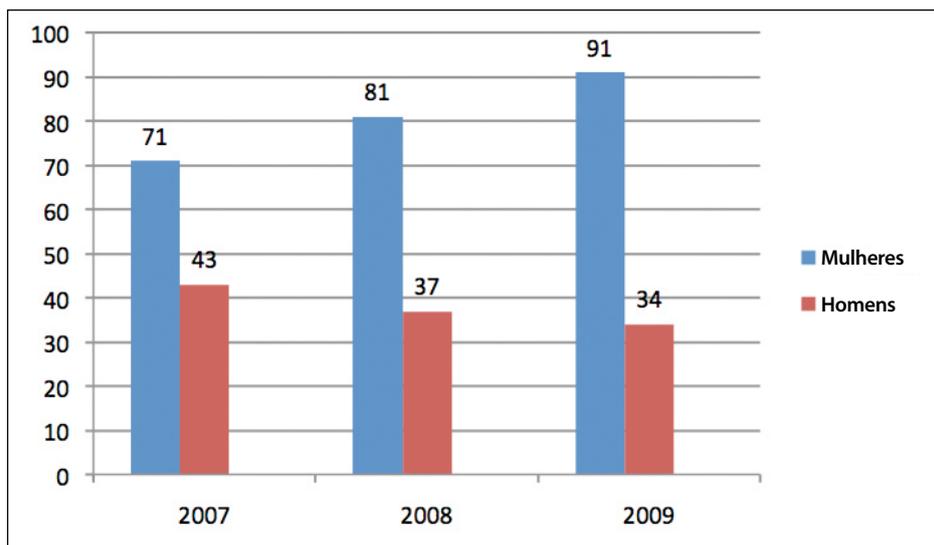
2. Situação Atual da Epidemia do VIH

Foram confirmados, no laboratório de referência e pelas ONGs, no ano 2007, 114 casos novos de VIH positivos (25 grávidas, 43 homens e 46 mulheres não grávidas), e no ano 2008 os novos casos confirmados totalizaram 118 (32 grávidas, 37 homens e 49 mulheres não grávidas) e no ano 2009 um total de 125 (24 grávidas, 34 homens, 67 mulheres não grávidas). O gráfico 1 mostra as infecções de VIH confirmadas por ano e sexo.

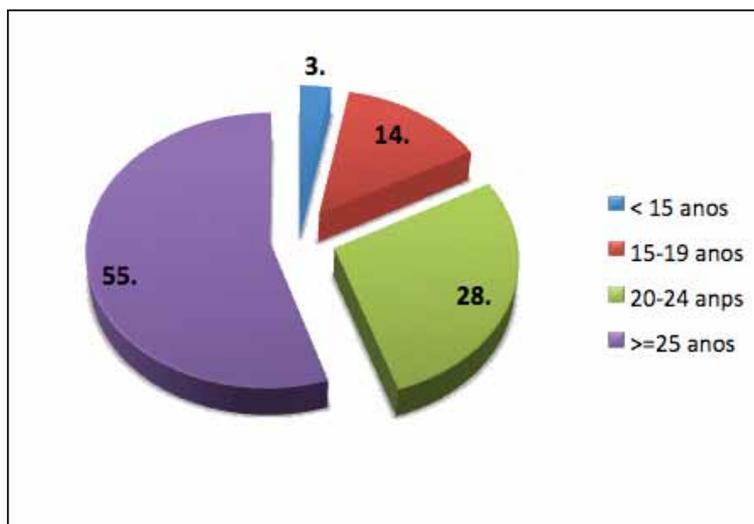
O número de pessoas (sem incluir as grávidas) que foram aconselhadas e testadas relati-

vamente ao VIH, e que receberam o resultado e o aconselhamento pós-teste, foi de 7.523 pessoas, em 2007, 9.014 em 2008 e em 7.958 em 2009. Em 2007, 1,41% das pessoas testadas eram VIH positivo, em 2008 1,29% e em 2009 1,49%.

Tanto nos homens como nas mulheres é no grupo ≥ 25 anos que se continua a registar o maior número de pessoas aconselhadas e testadas relativamente ao VIH (Gráfico 2). Dentre estes, a procura é maior nas mulheres que nos homens - 13.852 contra 10.383 pessoas testadas.

Gráfico 1**Infecções de VIH confirmados em São Tomé e Príncipe por sexo (2007-2009)**

Fonte: UNGASS 2010 – gráfico elaborado por ONUSIDA.

Gráfico 2**Pessoas aconselhadas e testadas para o VIH entre 2007 e 2009 em São Tomé e Príncipe - percentagem das pessoas testadas segundo grupo etário.**

Fonte: UNGASS, 2010 – gráfico elaborado por ONUSIDA

O total de casos de SIDA notificados de 2005 até 2009 (excluindo os óbitos e abandono) foi de 159, sendo 64 masculinos e 95 femininos. No ano 2007 foram notificados 34 casos novos de SIDA (16 masculinos e 18 femininos) e em 2008 os casos novos foram num total de 30 (7 masculinos e 23 femininos), e no ano 2009 54 (24 masculinos e 30 femininos).

De 2005 a 2009, foi notificado um total cumulativo de 80 óbitos devido ao VIH/SIDA, atingindo maioritariamente os homens.

Destes óbitos, 70,0% envolveram doentes chegados aos serviços de saúde em estado terminal, portanto sem tratamento e/ou que

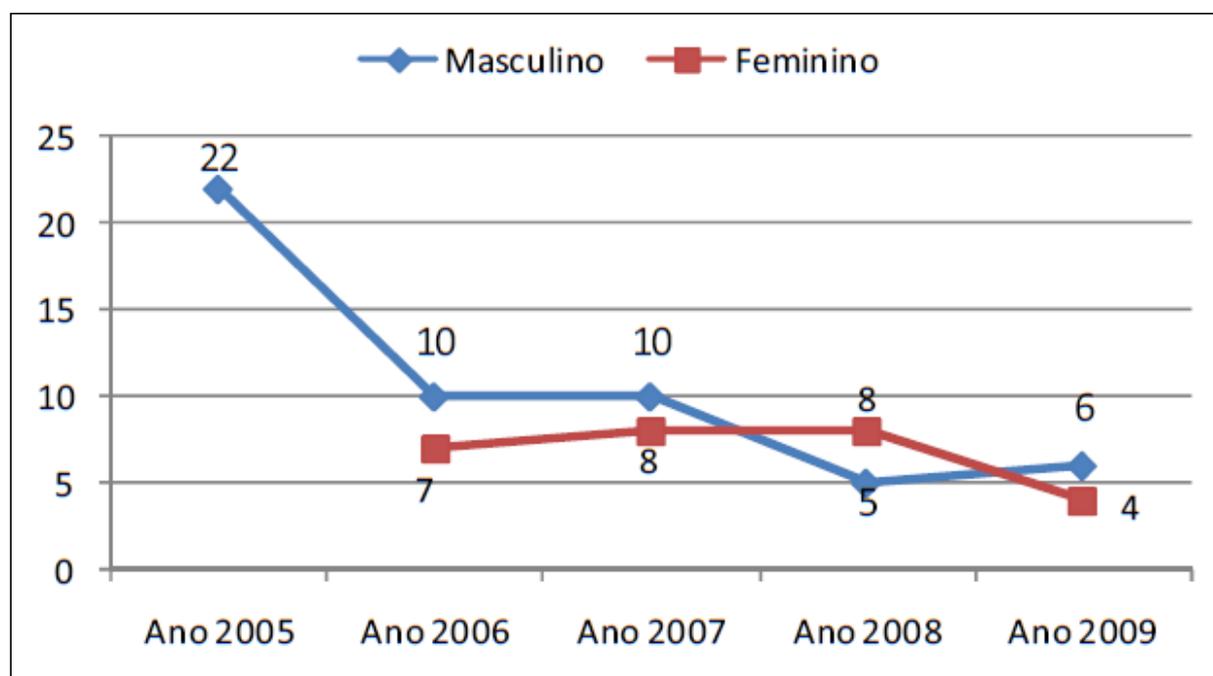
tinham iniciado o tratamento uma semana antes, tendo os restantes 30,0% recaído sobre doentes que estavam sob tratamento. A taxa de mortalidade ligada ao VIH/SIDA passou de 22% em 2005 para 5,7% em 2009 (Gráfico 3).

97,8% (91/93) dos pacientes com Tuberculose (TB) atendidos nas estruturas sanitárias, durante o ano 2007 beneficiaram-se do teste de VIH, tendo recebido o respectivo resultado e aconselhamento. A partir de 2008 todos os pacientes com TB beneficiaram do teste VIH.

A prevalência de pacientes novos de TB e positivos para o VIH foi de 9,67% no ano 2007; 8,57% em 2008 e 12,82% em 2009.

Gráfico 3

Mortalidade nos doentes de SIDA sob tratamento com ARV- 2005 a 2009, S. Tomé e Príncipe



3. Resposta Nacional

Apoio e acompanhamento

No decorrer do ano 2008, o número de pessoas que vivem com VIH (PVVIH) que beneficiaram-se de apoio médico, psicossocial, escolar, nutricional, jurídico e de actividades geradoras de recursos foi de 516, incluindo 274 PVVIH que receberam apoio nutricional por parte da Cruz Vermelha.

Até finais de 2009, retirando os que faleceram e os que abandonaram o tratamento,

um acumulado de 109 PVVIH encontravam-se sob tratamento profiláctico com cotrimoxazole, para as infecções oportunistas (Tabela 1).

O total, acumulado, de pessoas que vivem com o VIH/SIDA que estão sob tratamento com ARV até final de 2009 é 159, dos quais 147 recebem o medicamento de 1ª linha e 12 o medicamento de 2ª linha.

Tabela 1

Pessoas infectadas com HIV (PVHIV), em tratamento profiláctico, com Cotrimoxazole, para as infecções oportunistas, 2006-2009, São Tomé e Príncipe.

Tratamento profilático com cotrimoxazol	2006		2007		2008		2009	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Iniciaram o tratamento	18	8	18	16	18	12	31	26
TOTAL	26		34		30		57	
Estão em tratamento (acumulado)	33		67		57		109*	

Crianças < de 12 meses que fazem cotrim. sem TARV= 11 (2008) + 1 (2009)

* Do total 157 (em tratamento) foram subtraídos os óbitos, os que abandonaram e os que tinham CD4 > 400, restando 109.

Fonte: UNGASS 2010

Prevenção da transmissão mãe-filho (PTMF)

No ano 2007, 2008 e 2009, no âmbito da PTMF, 6.098, 6.281 e 6.475 mulheres, respectivamente, beneficiaram de aconselhamento e foram submetidas ao teste VIH (Gráfico 4).

O total de mulheres grávidas infectadas pelo VIH registradas como seropositivas, que deveriam iniciar o tratamento/profilaxia com ARV, para reduzir o risco da transmissão vertical foi de 25 em 2007, 38 em 2008 e 24 em 2009.

Nos anos 2007, 2008 e 2009, o total de mulheres grávidas infectadas pelo VIH que beneficiaram de um tratamento completo com ARV no âmbito do PTMF, ou seja, completaram a profilaxia, foi de 15, 11 e 11 respectivamente. Isso significa que, em 2008, 62% e em 2009 54% das mulheres grávidas registradas como VIH+ não realizaram a profilaxia para reduzir o risco de transmissão Mãe-Filho (tabela 2).

Gráfico 4

Mulheres grávidas aconselhadas e submetidas ao teste do VIH, por Distrito Sanitário - 2007, 2008 e 2009 S. Tomé e Príncipe

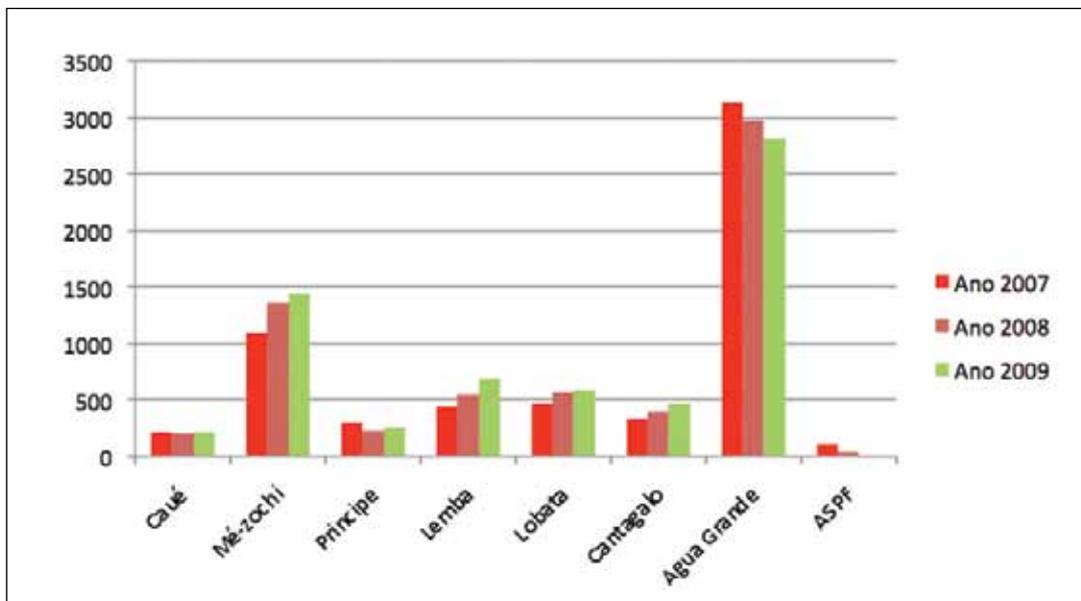


Tabela 2

Número de mulheres grávidas registadas como VIH+ e número de mulheres grávidas VIH+ em tratamento com ARV, São Tomé e Príncipe, 2007-2009.

	2007	2008	2009
Mulheres grávidas registadas como VIH+	25	38	24
Mulheres grávidas VIH+ em tratamento com ARV	15	11	11

Fonte: UNGASS, tabela elaborada por ONUSIDA e PNLS

Se tomarmos em consideração que a estimativa de mulheres grávidas infectadas é de 39 para o ano 2007 2 38 para o ano 2009, segundo os dados de sitio sentinela realizado em 2008 (seroprevalência nas grávidas = 0,6%) o registo das mesmas em 2008 e 2009 foi somente de 97,4%% e 61,53% respectivamente. Além da cobertura pré-natal ser de 90% no país, o que significa que 90% das mulheres grávidas fazem o

teste VIH, a taxa de grávidas captadas e tratadas ainda continua a ser muito baixa (no ano 2007 38,4% e 28,2% para o ano 2008 e 2009).

Até 2009, foram seguidas 30 crianças nascidas de mães seropositivas. Destas, 4 crianças foram positivas para o VIH, após 18 meses de idade. Todas estas crianças foram de mães que não fizeram o tratamento de prevenção vertical (tabela 3).

Tabela 3

Situação de crianças de mães soropositivas após 18 meses de idade, São Tomé e Príncipe, 2008

Crianças seguidas	Situação sorológica das crianças		
	Positivo	Negativo	Total
Fizeram PTMF	0	19	19
Não fizeram PTMF	4	7	11
Total	4	26	30

Fonte: UNGASS, 2010

Preservativos

No ano 2007, 2008 e 2009 foram distribuídos pelas estruturas sanitárias e ONGs cerca de 4.371.829 preservativos (masculino e feminino) – ver gráfico 5.

A maioria dos preservativos foi distribuída gratuitamente: Em 2007 99,4% dos preservativos masculinos e 53,2% dos femininos, e no ano 2008 99,9% dos preservativos masculinos e 87% dos femininos e em 2009 todos foram distribuídos gratuitamente.

Segurança transfusional

Pode - se observar um avanço significativo com respeito à segurança transfusional nos últimos anos.

A percentagem de transfusões com sangue seguro, para o conjunto dos 4 antigénios - VIH, HBS, HCV e Sífilis - aumentou de 22,7% (100% para o VIH) em 2007 para 100% em 2009 (gráfico 6).

Gráfico 5

Distribuição de Preservativos, São Tome e Príncipe, 2007-2009

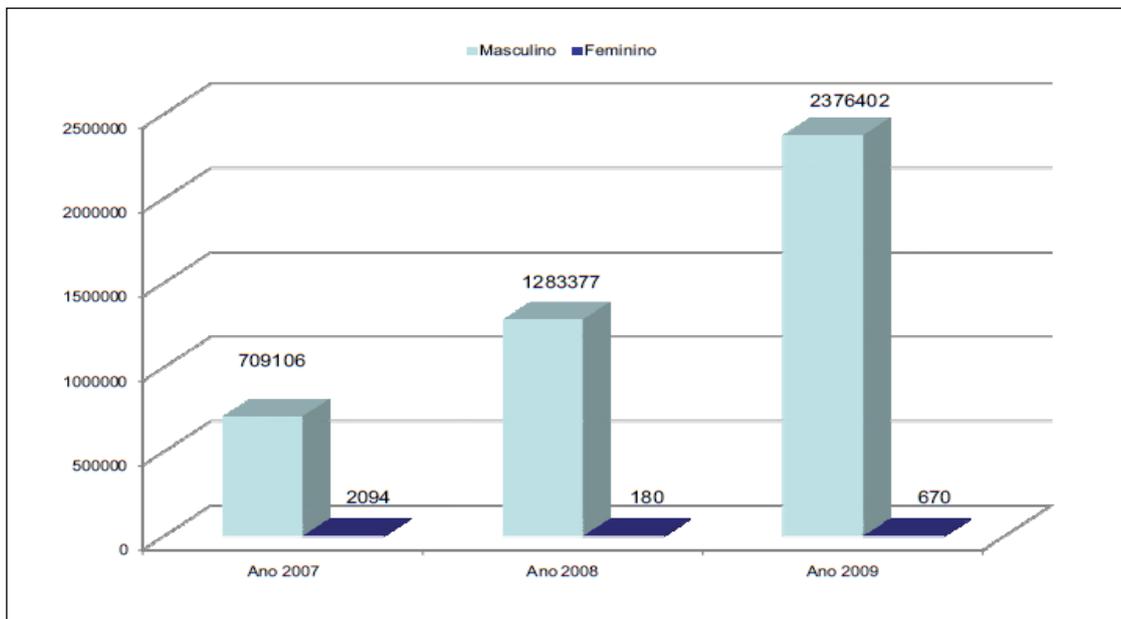
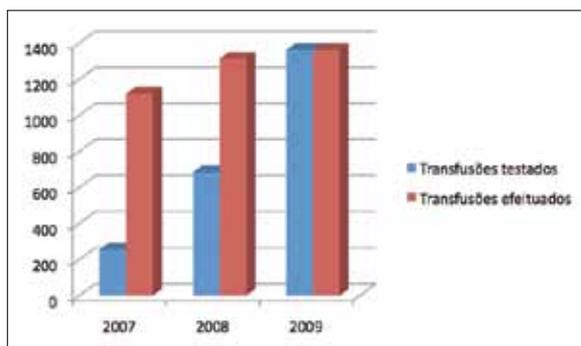


Gráfico 6**Número de transfusões efetuadas e testadas para VIH, HBS, HCV e Sífilis, 2007-2009, São Tomé e Príncipe.**

Fonte: UNGASS 2010 – gráfico elaborado por ONUSIDA

4. Perspectivas futuras

- Renforço das intervenções ligadas a prevenção do VIH e do SIDA especificamente as relacionadas com acesso aos serviços das mulheres, das trabalhadoras de sexo e sus clientes e das populações das zonas rurais;
- Continuar com a expansão de manejo de casos global, seguido e supervisionar;
- Melhorar a cobertura específica de manejo de caso pediátrico;
- Aumentar os esforços concernente ao apoio dos PVVIH e OCV, a redução da estigmatização e da discriminação e a melhoria do meio ambiente geral de luta contra o VIH e o SIDA;
- Reforçar a mobilização multisectorial (comunitária, privada, e outros sectores extra saúde) visando melhorar a apropriação da luta contra o VIH e o SIDA em S. Tomé e Príncipe;
- Promover estratégia específicas afim de melhorar a produção e a gestão das informações estratégicas, particularmente nos aspectos emergentes da luta contra contra o VIH e o SIDA (circuncisão masculina, HSH, e UDI);
- Reforçar o sistema de saúde essencialmente nas componentes de recursos humanos, prestação de serviços e financiamento do sistema de saúde;
- Reforçar a coordenação das parcerias e da mobilização dos recursos (financeiros, humanos) face ao VIH e ao SIDA;
- Melhorar substancialmente as capacidades dos diferentes prestadores (públicos, privados, associativas e comunitário) dos serviços nos diferentes níveis.

TIMOR LESTE*



1. Contexto Nacional

Timor Leste tem uma área de 18.889 Km² e uma população estimada em 1 milhão de habitantes. Estima-se que cerca de 41% da população vivem abaixo da linha de pobreza. O acesso da população à saúde básica é restrito e as taxas de mortalidade e de desnutrição infantil estão entre as mais elevadas da região.

Timor Leste foi oficialmente proclamado independente em 20 de maio de 2002. O país enfrentou desafios significativos, comuns a todas as nações novas em estado inicial de desenvolvimento, além de desafios específicos que foram resultado de sua história, cultura e circunstâncias únicas.

Os tumultos que ocorreram antes do período de independência e os desafios de se criar uma nova nação provocaram deslocamentos sociais significativos. Depois da independência, aproximadamente 75% da população foram deslocados por causa de conflitos armados internos. Uma grande parte da infra-estrutura, incluindo os Sistemas de Educação e Saúde, foi destruída e está sendo reconstruída. Esse processo vem ocorrendo em um contexto de pobreza, extensos movimentos populacionais, altos níveis de enfermidades e relativamente baixos níveis de educação.



Fonte: UNGASS, 2010

* Tendo em vista a dificuldade do país em prover as informações solicitadas, este texto foi elaborado por ONUSIDA-Brasil com base no informe UNGASS de 2010.

2. Situação Atual da Epidemia do VIH

A epidemia de VIH no Timor-Leste reflete tanto seus desafios ao desenvolvimento quanto fatores comportamentais, sociais e culturais específicos. Além disso, o país enfrenta sérios desafios pela falta de informação sobre o estado da epidemia do VIH. O sistema de vigilância epidemiológico ainda é incipiente.

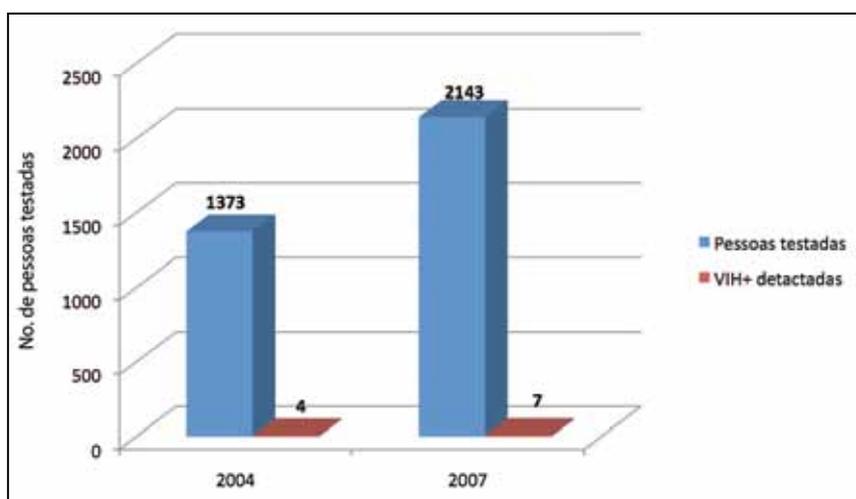
Os dados disponíveis sobre a prevalência de VIH, embora sejam limitados tanto para subpopulações quanto para a população em geral (Kaldor, et al., 2006; Pisani, et al., 2004; Pisani, et al., 2006), indicam que o Timor-Leste é um país com uma epidemia de baixo-nível e se estima uma prevalência nacional inferior a 0.1%.

Um estudo sobre prevalência foi realizado pelo Laboratório Nacional em fevereiro de 2004. A população selecionada para a amostra utilizada no estudo foi selecionada do Laboratório Central do Hospital Nacional Guido Valadares (NHGV) e de dois hospitais regionais, de Baucau e Maliana. Um total de 1.373 pessoas foram testadas. Sete casos de sorologia positiva para VIH foram detectados, indicando uma prevalência de 0.51% (WHO Report 2004).

Ao longo de um período de três meses em 2007, foi feito um segundo estudo como o de 2004. Este estudo contemplou o Hospital Nacional Guido Valadares como todos os Hospitais Re-

Gráfico 1

Resultados de testes de VIH, Timor Leste, 2004 e 2007.



Fonte: UNGASS, 2010, gráfico elaborado por ONUSIDA.

gionais em Baucau, Maliana, Suai e Oecussi além da clínica Bairro-Pite e do Laboratório Nacional. Um total de 2.143 amostras de soro foram coletadas entre 18 de junho de 2007 e 31 de agosto de 2007. Foram detectados quatro resultados positivos para o VIH, sendo todos homens com idade entre 22 e 54 anos (Gráfico 1). A prevalência entre as pessoas testadas resultou mais baixa em relação ao estudo anterior- 0.19%.

No Timor-Leste, o primeiro caso de VIH relatado data de 2003 e 151 casos de VIH+ foram informados ao Programa Nacional de VIH/SIDA até dezembro de 2009, sendo que o total de óbitos relacionados ao VIH soma 20. Do total de casos de VIH positivos relatados nos últimos 12 meses, 53% estão na faixa etária de 25 a 44

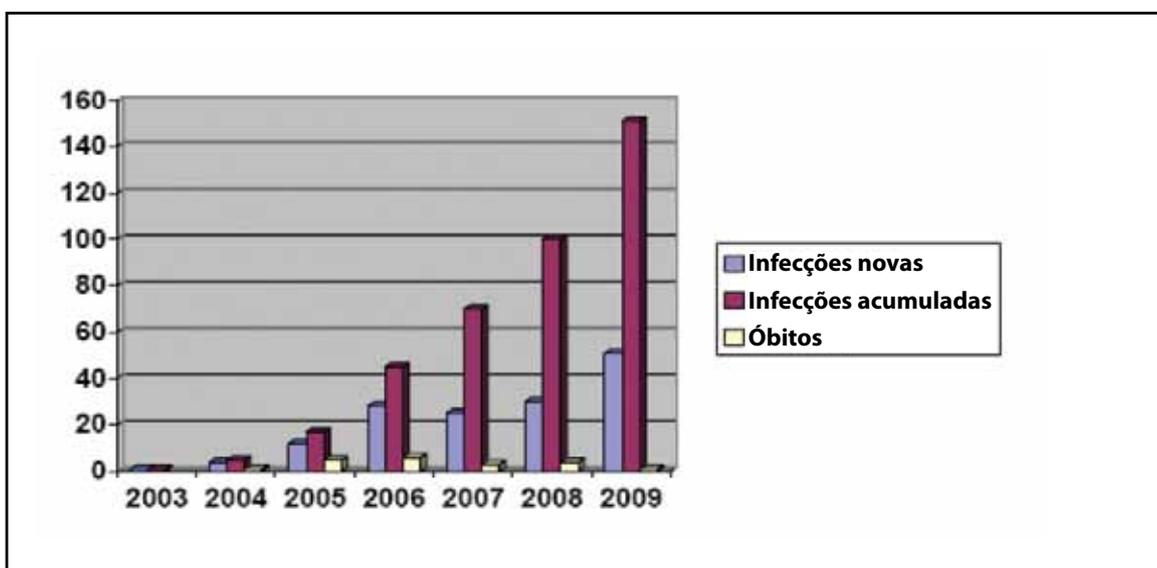
anos, com 48% desses casos entre homens e 52% entre mulheres. Do total, 7,8% são entre crianças menores de 5 anos. A quase totalidade daqueles vivendo com VIH reside em áreas urbanas, predominantemente em Dili.

Tem havido um lento, porém sustentado aumento no número de infecções de VIH detectadas entre 2008 e 2009, em parte devido ao aumento do alcance de comunidades aos locais de testagem (Gráfico 2).

Avalia-se que a maioria das infecções pelo VIH tenham sido adquiridas por contato heterossexual, e outras formas de transmissão provavelmente incluindo: contato homossexual, uso de drogas injetáveis, transmissão vertical e transfusão de sangue (Kaldor, et al., 2006).

Gráfico 2

Infecções do VIH detectados e óbitos por Sida, Timor Leste, 2003-2009.



Em 2004, foi realizada uma enquete transversal sobre conhecimento, atitudes e comportamento em relação ao VIH e DSTs (Pisani, et al., 2004), que também inclui amostras de sangue e as testaram para VIH e diversas DSTs. A prevalência de VIH, dentre as amostras recolhidas, foi de 3% entre mulheres profissionais do sexo, 0,9% entre homens que fazem sexo com homens (HSH), e outros grupos como os militares tiveram prevalência zero.

Mais recentemente, em 2008, um estudo de avaliação comportamental foi feito pela Universidade de New South Wales entre mulheres profissionais do sexo, HSH e pessoal uniformizado (Lee et. al., 2009). Os resultados indicaram baixas taxas de uso de preservativos nos três grupos avaliados. Foi constatado uso consistente de preservativos em 16% e 12% entre mulheres profissionais do sexo com seus clientes para relações sexuais vaginais e anais, respectivamente. A taxa de uso de preservativos entre HSH para relações sexuais anais com parceiros casuais foi de 18%. Além disso, o estudo indicou que a multiplicidade de parceiros também é um fator relevante ao se abordar estratégias de prevenção e controle da epidemia. A taxa de uso de drogas injetáveis é outro fator relevante, dado que 10,7% das mulheres profissionais do sexo informaram terem usado alguma droga injetável nos 12 meses anteriores (Lee et al., 2009a).

Por fim, avaliou-se o fator coerção e detectou-se que 64% das mulheres profissionais do sexo e 52% dos HSH informaram terem sido forçados a manter relações sexuais com seus parceiros contra sua vontade, nos últimos 12 meses.

Diante de estudos recentes e do acompanhamento de tendências da epidemia, pode-se dizer que fatores como pobreza, inequidade de gênero, a violência e alguns comportamentos como baixa taxa de uso de preservativos contribuem intensamente para a propagação da epidemia no país. Pobreza e inequidade de gênero juntamente com o recente aumento de renda oriundo da presença da comunidade internacional nos setores de gás e óleo, de fato, têm atuado com uma faca de dois gumes para a vulnerabilidade dos timorenses ao VIH/SIDA. Por um lado, as mulheres timorenses são levadas ao trabalho sexual pela pobreza. Por outro lado, os homens timorenses têm renda disponível para adquirirem/comprarem sexo, aumentando a demanda e a oferta da indústria do sexo. O Timor-Leste é tido com um país onde há níveis extremamente elevados de violência com base no gênero, o que enfraquece a habilidade das mulheres em negociar um sexo mais seguro.

Embora o Timor-Leste seja considerado um país de baixa prevalência, comportamentos em certos segmentos populacionais de maior risco como a fluidez de bissexualidade em

grupos de HSH e um aumento no número de mulheres profissionais do sexo, combinado com um baixo índice de uso de preservativos e um aumento no uso de drogas injetáveis têm o potencial de elevar significativamente a taxa de infecções por VIH no país. Outro fator de risco são os contingentes relativamente altos de pessoal uniformizado no Timor Leste.

3. Resposta Nacional

Esforços para se trabalhar o combate à epidemia de VIH/SIDA no país vêm sendo feitos desde o princípio da construção da nação timorense em 2002. Em 2003, a Comissão Nacional de Aids foi formada e aprovada pelo Conselho de Ministros.

O primeiro Plano Estratégico Nacional para VIH/SIDA (PEN) de cinco anos foi desenvolvido pelo Programa Nacional de Aids, situado sob os auspícios do Ministério da Saúde, para o período 2006 a 2010. O Plano trabalha tanto as determinantes sociais amplas de saúde quanto os fatores de risco mais imediato que levam à infecção pelo VIH; buscando trabalhar especificamente os seguintes eixos: prevenção, serviços clínicos e uma abordagem multisectorial.

O Ministério da Saúde da República Democrática do Timor-Leste é o principal órgão do governo que supervisiona, coordena, implementa e monitora os programas de VIH no

país, e incluiu o VIH em seu Plano Estratégico do Setor de Saúde para o período 2008-2012. Este plano chama para um engajamento intersectorial com o setor de educação e com o apoio de organizações da comunidade.

Prevenção

Desde que o PEN foi adotado programas de prevenção têm sido implantados visando segmentos populacionais de maior risco (mulheres profissionais do sexo, HSH, clientes de mulheres profissionais do sexo, militares e polícia), além dos jovens e a população como um todo. O material desenvolvido inclui: livretos, brochuras, e panfletos que levam mensagens de conscientização sobre VIH e DSTs, utilização de preservativos, redução do estigma, informativos sobre serviços de aconselhamento e testagem e de tratamento de DSTs, dentre outros.

Dentre as ações desenvolvidas pelo governo, uma de extrema importância é a adoção da Estratégia de Comunicação para uma Mudança de Comportamento para a prevenção do VIH/SIDA que foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o apoio do UNFPA. Além dessa importante medida de disseminação de mensagens sobre prevenção, algumas ONGs como a Cruz Vermelha do Timor-Leste e Marie Stopes International também produziram mensagens para veiculação em rádios, além de outros materiais escritos como livretos e panfletos infor-

Mapa 1**Distritos que têm equipamentos para testagem de VIH, Timor Leste, 2009**

Número	Distrito
1	Lautém
2	Baucau
3	Viqueque
4	Manatuto
5	Díli
6	Aileu
7	Manufahi
8	Liquiçá
9	Ermera
10	Ainaro
11	Bobonaro
12	Cova Lima
13	Oecusse

Fonte: UNGASS, 2010

mativos para serem distribuídos entre a população geral e pessoas uniformizadas.

Ademais em 2009, 475 educadores de distritos selecionados receberam treinamento em Capacidades para a Vida Cotidiano (lidar com

emoções, solução de problemas, habilidades de comunicação, relações interpessoais, tomada de decisões e comportamento responsivo).

Aconselhamento e Testagem

Os serviços de aconselhamento e testagem estão em franca expansão e fortalecimento. Foram desenvolvidos protocolos que propiciam um gerenciamento de qualidade para que os serviços disponibilizados sejam melhores. Nos últimos anos, técnicos laboratoriais foram capacitados e instalações de testagem de VIH foram estendidas aos distritos de Liquiçá, Viqueque e Manatuto em seus respectivos Centros de Saúde Comunitários (mapa 1). Das três novas instalações, porém, somente as de Liquiçá e Viqueque já oferecem o serviço, pois o Centro de Manatuto ainda há de disponibilizar espaço para que se inicie o serviço de aconselhamento e testagem.

O governo reconhece a importância de se trabalhar com a testagem não somente para VIH, mas de outras DSTs. Contudo, este serviço ainda não foi integrado à testagem de VIH.

Transmissão Vertical do VIH

Quanto à prevenção da transmissão vertical, embora o Hospital Nacional do Governo e mais cinco hospitais de referência (Ainaro, Baucau, Bobonaro, Covalima e Oecusse) tenham recebido os equipamentos e instruções para a testagem rotineira de grávidas, isso não vem ocorrendo. A falha na prestação do serviço está na desinformação dos funcionários a respeito de quais protocolos seguir, até mesmo para coletar os dados e, posteriormente, relatá-los a instâncias superiores. Além disso, o Hospital Nacional do Governo dispõe de todo o material necessário para fornecer um tratamento completo de profilaxia com ARVs às grávidas testadas com resultado positivo para o VIH. Até o dezembro de 2009, houve apenas um caso de uma grávida VIH+ que recebeu o tratamento completo de profilaxia. Com vistas a capacitar os profissionais da saúde, o Ministério da Saúde tem-se reunido com o UNICEF buscando apoio técnico de longo-prazo para o estabelecimento e monitoramento de serviços de prevenção da transmissão vertical.

Parceiros

- Uma importante parceria foi estabelecida com o Fundo Global contra Aids, Tuberculose e Malária que concedeu um financiamento de cinco anos no valor de \$8.36 milhões para o período de junho de 2007 a dezembro de 2011, que cobre uma porção significativa das atividades previstas no PEN II. O Ministério da Saúde, como recipiente principal da doação, está implementando o Programa Nacional de VIH/SIDA com seus parceiros e sub-recipientes. O Programa Nacional de VIH/SIDA segue o PEN II e inclui os seguintes componentes:
- Fortalecimento da prevenção de VIH e DSTs, voltado especialmente para os segmentos populacionais de maior risco;
- Monitoramento de padrões/tendências na epidemia;
- Provisão de tratamento e serviços de cuidado;
- Fortalecimento do sistema de serviços de saúde;
- Promoção de uma resposta multi-setorial ao VIH.

Ademais de parcerias com entidades financiadoras, há cada vez mais uma crescente atuação e fortalecimento da posição de organizações não-governamentais dentro

do próprio Timor-Leste que tratam do tema de VIH/SIDA.

4. Perspectivas Futuras

O Ministério da Saúde está desenvolvendo, atualmente, o novo Plano Estratégico sobre VIH/SIDA e DSTs para o período 2011-2015. Além da continuidade do trabalho que vem sendo desenvolvido pelo PEN II, que se dará por meio do novo PEN, o governo está trabalhando no desenvolvimento de um sistema nacional de vigilância do VIH.

Uma parceria com a Universidade de New South Wales (Austrália) proporcionou que funcionários do Ministério da Saúde recebessem treinamento em vigilância em 2008. Depois do estudo de 2008, um novo estudo de avaliação comportamental entre mulheres profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoal uniformado deverá ser conduzido em 2010 com vistas a verificar tendências de comportamentos de risco de VIH/DSTs e exposição a intervenção entre mulheres profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoal uniformado.

- Desenvolvimento de um Sistema de Avaliação e Monitoramento de VIH/SIDA, incluindo o desenvolvimento de diretrizes nacionais sobre M&A de VIH e o desenvolvimento de Unidades de M&A a níveis locais;
 - Aprimoramento da coleta de dados, qualidade dos dados coletados e do repasse das informações em níveis distritais e nacional;
 - desenvolvimento de um banco de dados nacional para M&A;
 - Entendimento de como fazer uso dos dados coletados para *advocacy*, conscientização e programações futuras;
 - Capacitação institucional e técnica para que os técnicos em M&A fortaleçam a coleta de dados e análise;
 - Mobilização de recursos para apoiar um sistema nacional de M&A mais robusto.
- Algumas metas a serem alcançadas visando o aprimoramento tanto da implementação quanto do acompanhamento dos Programas de VIH/SIDA no país, incluem:

